

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 décembre 1901, à 1 heure

PAR

Raymond THOREL

*Né à Cuiseaux (Saône-et-Loire), le 21 septembre 1874.**Ancien externe des hôpitaux et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu
Médaille de Bronze de l'Assistance publique*

DES FISTULES MUCO-PURULENTES

DE LA

Vésicule biliaire

ET DE LEUR TRAITEMENT

Président : M. LE DENTU, Professeur.

<i>Juges : MM.</i>	{	BUDIN, Professeur.
		BONNAIRE, Agrégé
		MARION, Agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 décembre 1901, à 1 heure

PAR

Raymond THOREL

Né à Cuiseaux (Saône-et-Loire), le 21 septembre 1874.

Ancien externe des hôpitaux et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu
Médaille de Bronze de l'Assistance publique

DES FISTULES MUCO-PURULENTES

DE LA

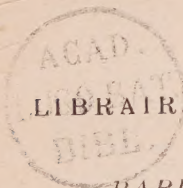
Vésicule biliaire

ET DE LEUR TRAITEMENT

Président : M. LE DENTU, Professeur.

*Juges : MM. { BUDIN, Professeur.
 { BONNAIRE, Agrégé.
 { MARION, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs.....

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

Clinique médicale.....

Maladies des enfants.....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

M. BROUARDEL
MM.

FARABEUF.
CH. RICHET.
GABRIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISSAUD.
LANNELONGUE
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
BERGER.
POUCHET.
N.....
PROUST.
BROUARDEL.
DEJERINE
CHANTEMESSE.

LANDOUZY.
HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE
GRANCHER.

JOFFROY.
FOURNIER.
RAYMOND
TERRIER.
DUPLAY.
LE DENTU
TILLAUX.
DE LAPERSONNE.
GUYON.
PINARD
BUDIN.
POZZI.
KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.
ACHARD.
AUVRAY.
BEZANÇON.
BONNAIRE.
BROCA Auguste.
BROCA André.
CHASSEVANT.
CUNEO.
DEMLIN.
DESGREZ.

MM.
DUPRÉ.
FAURE.
GILLES DE LA
TOURETTE.
GOSSET.
GOUGET.
GUIART.
HARTMANN.
JEANSELME.
LANGLOIS.

MM.
LAUNOIS.
LEGRY.
LEGUEU.
LEPAGE.
MAUCLAIRE.
MARION.
MERY.
POTOCKI.
REMON.
REMY.

MM
RICHAUD.
TEISSIER.
THIERY.
THIROLOIX.
THOINOT.
VAQUEZ.
WALLICH.
WALTHER
WIDAL.
WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON GRAND-PÈRE FRANÇOIS BRUCHET

A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MON ONCLE LE DOCTEUR BRUCHET

Chef de clinique de la Faculté

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Il existe deux grandes variétés de fistules cutanées de la vésicule biliaire :

I. Les fistules **biliaires proprement dites**.

II. Les fistules **muco-purulentes**.

I. — *Les fistules biliaires*, comme leur nom l'indique, donnent passage à de la bile; elles exigent, pour se produire, la perméabilité du canal cystique, avec ou sans oblitération du cholédoque. Ce sont en réalité des fistules *complètes* : la vésicule, d'une part, s'ouvre à la surface des téguments et, d'autre part, communique avec l'arbre biliaire par l'intermédiaire du cystique. La bile, sécrétée par le foie, se divise alors en deux courants; l'un passant par la fistule, l'autre par le cholédoque. Si, de plus, ce dernier est obstrué, la totalité de la bile s'échappe par le trajet fistuleux. C'est dire que ces fistules ont leur utilité: dans les cas d'occlusion du cholédoque, elles évacuent au dehors la bile qui s'accumule sous pression derrière l'obstacle; dans les cas d'angiocholite, elles donnent une issue facile à la bile septique qui pourrait intoxiquer l'économie et elles aident à la désinfection des voies biliaires par un drainage permanent.

II. — A l'opposé de ces faits, *les fistules muco-purulentes*, elles, loin d'être avantageuses, constituent une véritable infirmité. Laissant s'écouler du mucus, du muco-pus ou du pus, elles se produisent quand le canal cystique est oblitéré. Dans ces conditions, la vésicule n'est plus en relation avec l'arbre biliaire ; elle est inapte à jouer son rôle physiologique ; elle ne constitue dès lors qu'une fistule *borgne externe* vidant au dehors ses propres sécrétions.

Telles sont, très brièvement esquissées, les fistules *biliaires* et les fistules *muco-purulentes* du réservoir cystique.

Nous n'avons pas l'intention d'étudier ici ces deux variétés, si différentes entre elles au point de vue de l'étiologie et du traitement : le temps et l'expérience nous feraient défaut ; c'est pourquoi nous n'envisagerons qu'une partie de cette vaste et complexe question. Ayant eu l'occasion d'observer dans le service du docteur Schwartz un cas de fistule muco-purulente, persistante, consécutive à une cholécystostomie, nous avons, sur le conseil de notre Maître, tenté de décrire *les fistules muqueuses* ou *muco-purulentes de la vésicule*, laissant absolument de côté toutes les fistules accompagnées d'écoulement biliaire. Cette distinction établie, nous avons recherché les faits semblables, disséminés dans la littérature médicale : nous les avons groupés et comparés ; de cette comparaison nous avons essayé de dégager des renseignements utiles au point de vue de la pathogénie, des symptômes et de l'évolution de ces fistules. Nous avons voulu insister spécialement sur le traitement, désirant

mettre en relief un procédé opératoire relativement récent, procédé radical que le chirurgien emploie, en face d'une fistule persistante, lorsque les moyens ordinaires ont échoué : nous voulons parler de l'ablation de la vésicule devenue fistuleuse, de la cholécystectomie.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous considérons comme un devoir, très agréable à remplir, d'adresser l'expression de notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont prodigué leurs conseils et leurs marques de bienveillance.

Notre première pensée ira à notre oncle, le docteur Bruchet, qui fut pour nous un père et un ami, et qui guida nos premiers pas dans la carrière médicale : nous savons la grandeur des obligations que nous avons contractées vis-à-vis de lui.

Nous n'oublierons pas les nombreux maîtres dans le service desquels nous avons eu l'honneur d'être externé :

M. le docteur Schwartz, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé, nous initia aux principes de la chirurgie ; depuis, il n'a cessé de nous témoigner un intérêt soutenu ; c'est lui qui nous a inspiré le sujet de notre thèse ; nous le prions d'agréer l'assurance de notre sincère gratitude.

Nous devons beaucoup à M. le docteur Duguet, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux, professeur agrégé. C'est dans son service si actif de Lariboisière que nous avons mis à profit ses leçons empreintes d'un haut sens clinique ; nous nous souvenons avec plaisir de ses conseils et de sa bonté.

Avec M. le docteur Chauffard, médecin des hôpitaux et professeur agrégé, nous avons complété notre éducation médicale et reçu des notions précises de pathologie générale et de bactériologie. Qu'il veuille bien agréer nos sincères remerciements.

M. le docteur Broca, chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé, nous fit l'honneur de nous agréer dans son service de Trousseau. C'est à lui que nous devons nos connaissances de chirurgie infantile ; nous lui adressons l'hommage de notre reconnaissance.

Nous avons eu la bonne fortune d'être durant quelques mois l'externe de M. le docteur Josias, médecin des hôpitaux. Il nous a dirigé dans l'étude difficile de la pathologie médicale de l'enfance. Nous lui en savons beaucoup de gré.

Grandes sont nos obligations envers M. le docteur Champetier de Ribes, membre de l'Académie de médecine, accoucheur des hôpitaux, qui nous a enseigné l'art délicat de l'obstétrique. Nous nous souviendrons toujours de sa bonté toute paternelle et de l'initiative qu'il a bien voulu nous laisser.

Que Mlle Graillot, sage-femme en chef du service, reçoive nos remerciements pour les renseignements expérimentés qu'elle nous a prodigués.

Nous ne saurions oublier MM. les docteurs Bécère, Rieffel, Florand, Souques, Schwab et Varnier qui nous ont témoigné un intérêt dont nous sommes fiers ; et notre reconnaissance est acquise à M. le docteur Plicque qui nous reçut si amicalement dans son laboratoire d'électrothérapie de Lariboisière.

Que M. le professeur Le Dentu veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

I. — Les anciens, connaissant peu l'anatomie pathologique, ignoraient l'existence des calculs biliaires et ne pouvaient interpréter les accidents qu'ils occasionnent. Il faut arriver à l'année 1670 pour trouver une observation relative à un abcès de la vésicule biliaire, ouvert spontanément à l'hypochondre droit. Godefroy Thilésius (1) qui cite le fait, décrit avec soin le nombre, la forme, le volume, la couleur des pierres expulsées, mais il ne soupçonne pas leur origine et ne dit pas qu'elles peuvent venir du foie ou de la vésicule.

Borrichius (2), en 1676, est plus affirmatif car il fait suivre l'observation de fistule cystique qu'il rapporte de la remarque suivante : « Il est très croyable que les calculs venaient de la vésicule biliaire ; à l'hôpital de Leyde, j'ai remarqué que Sylvius a retiré de cette même vésicule, chez une vieille femme, plus de trente calculs non différents de ceux-ci. »

Puis, pendant plusieurs années, le silence se fait sur

(1) Thilésius. *Miscellanea medico-practico*, tome I, 1670.

(2) Borrichius. *Acta Hafmensia*, tome IV, 1675-1676.

la question, et en 1740 seulement, Cajetan Tacconi (1) raconte avoir incisé un abcès de l'hypochondre d'où il sortit « quatre onces de sanie, avec sept calculs ».

Deux ans plus tard, Godefroy Muller (2) cite un fait très intéressant de cholécystite calculeuse ouverte à la fois à la surface des téguments et dans l'estomac. Mais en 1743 seulement, le mémoire de J.-L. Petit (3) renferme une étude détaillée des complications de la lithiase hépatique, ainsi qu'une série de cas de fistules vésiculocutanées. Cruveilhier (4), à son tour, interprète les observations de Petit, puis celles de Grand-Claude (1829), de Soemmering et de Civiale (1832), de Robert (1836) ; mais, n'ayant observé dans sa pratique qu'un seul cas de fistule biliaire cutanée, il déclarait que c'est là une affection rare.

En 1851, Fauconneau-Dufresne, dans son *Traité de l'affection calculeuse du foie*, consacre un long chapitre aux fistules vésiculaires cutanées et en rapporte vingt observations. Dans leur article « Voies biliaires », du *dictionnaire encyclopédique*, MM. Barth et Roger en citent trente observations. Et, plus tard, Murchison dit avoir trouvé dans la science quatre-vingt-six cas à ajouter à ses trois observations personnelles.

Cependant les travaux de Mandard, Belay, Langenhagen, Bourgeois, Pauly, Dehargues, Rouault montrent

(1) Tacconi. De rarioribus quibusdam hepatis aliorumque viscerum affectibus observationes. Bologne, 1740.

(2) Muller. Acta Phys. Med. tome VI. Observation 69, 1742.

(3) Petit. Mémoire de l'Académie royale de Chirurgie, tome I. 1743.

(4) Cruveilhier. Traité d'anatomie pathologique.

le rôle important joué par la lithiase non seulement dans la production de la cholécystite, de la péricholécystite avec fistules cutanées, mais encore dans l'oblitération du canäl cystique.

En 1869, Leguelinel de Lignerolles, dans une étude très documentée, rapporte six cas de fistules de la région ombilicale, d'origine vésiculaire, donnant issue à du pus et des calculs. Et Jirou-Najou, passant en revue les différentes causes qui peuvent obturer le cystique, attire l'attention sur les inflammations catarrhales, ulcéreuses et pseudo-membraneuses qui affectent parfois ce conduit.

Puis Thévenin, Viple, Chaudron, Pech et surtout Mossé fournissent à l'étude des fistules biliaires de précieux renseignements d'ordre anatomo-pathologique et clinique. Aux quatre-vingt-neuf cas connus de fistules, Mossé ajoute trente-deux faits nouveaux. Ces cent vingt et un cas se complètent bientôt de douze observations inédites rapportées par Denucé.

Nous sommes loin, ici, de l'appréciation de Cruveilhier, citée plus haut. Mais il faut remarquer cependant que sous l'étiquette générale de « *fistules biliaires* » les divers auteurs ont groupé et les fistules donnant issue à de la bile et les fistules laissant écouler seulement du pus ou du mucus. En réalité, les fistules biliaires vraies s'accompagnant de la perméabilité du canal cystique et du suintement de la bile au dehors constituent la majorité des faits ainsi recueillis. A cette époque, les chirurgiens, forcément très réservés, intervenaient peu et se contentaient de surveiller l'évolution de la maladie.

Abandonnées à elles-mêmes, les cholécystites, dans un certain nombre de cas heureux, aboutissaient au phlegmon biliaire, à la fistule *pathologique spontanée* par où s'échappaient pus, calculs et bile, l'écoulement biliaire persistant seul dans la suite. Quant aux fistules *spontanées avec écoulement muco-purulent*, elles constituaient l'exception.

II. — Mais, avec les progrès chirurgicaux, le traitement des maladies hépatiques se modifie. En 1878, Marion Sims (1) abouchant la vésicule à la paroi abdominale crée l'opération de la cholécystostomie. Deux mois plus tard, Kocher (2), de Berne, pratique la même opération. L'année suivante, paraissent l'observation de Keen (3) et la première de Lawson Tait (4) qui vulgarise l'opération en un temps, suivant le procédé de Sims. En 1882, Ransohoff (5) apporte à ce procédé une légère modification. Depuis, la cholécystostomie fut pratiquée maintes et maintes fois sur des sujets présentant des symptômes de cholécystite catarrhale ou purulente; toujours elle apporta un soulagement appréciable au malade; souvent, elle fut suivie de l'existence d'une fistule *muco-purulente*, comme le prouvent les faits de Koenig (6), Trendelen-

(1) Sims. Brit. med. Journ., 1878, p. 811.

(2) Kocher. Corresp. Bl. für Schweizer Aerzte, 1879, t. VIII, p. 577.

(3) Keen. Amer. Journ. of med. sciences, 1879, janvier-avril.

(4) Lawson Tait. The Lancet, 1879, t. II, p. 730.

(5) Ransohoff. New-York med. Record, 1882, p. 568.

(6) Koenig. Verhandl. des Cong. der deutschen Gesellschaft für Chir., Berlin, 1882, p. 31.

burg (1), Wood (2), Taylor (3), Robson (4), Fritzsche (5), Ohage (6), Hirschberg (7), Riedel (8), Latouche (9), Crédé (10), Matlakowski (11), Terrillon (12). C'est alors que les malades, après des semaines ou des mois, venaient retrouver le chirurgien, se plaignant de la persistance de l'écoulement, de troubles digestifs variés, parfois de symptômes de neurasthénie assez prononcés. Ainsi, aux fistules *spontanées, pathologiques*, vinrent s'ajouter les fistules *artificielles, opératoires*. Les unes et les autres par leur persistance, stimulèrent l'ingéniosité des chirurgiens. Longue serait la liste des divers procédés préconisés pour le traitement de ces fistules : injections modificatrices, irritantes, antiseptiques ; dilatation non sanglante du trajet, dilatation sanglante avec ou sans débridement des parties superficielles et même de la vésicule, curettage, broiement ou extraction du calcul enclavé, oblitération par cautérisation ou par suture. C'étaient là des interventions aveugles, infidèles, et même dangereuses : le nombre des insuccès fut grand.

III. — C'est à Langénbuch que revient le mérite d'avoir

- (1) Trendelenburg. Deutsche Zeitschr. für Chirur., 1885.
- (2) Wood. Denver med. Times, 1885, p. 65.
- (3) Taylor. Brit. med. Journ., 1885.
- (4) Brit. med. Journ., 1885.
- (5) Fritzsche. Orig. Kgesch Kantonspital Glarus, 1886.
- (6) Ohage. Med. News Philad., 1887, p. 204.
- (7) Hirschberg. Deutsche Zeitschr. für Chir., 1887.
- (8) Riedel. Berlin. klin. Wochenschr., 1888.
- (9) Latouche. Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1889.
- (10) Crédé. Verhand. des 18 Cong. der Chir., 1889.
- (11) Matlakowski. Gazeta lekarska, 1891, n° 25.
- (12) Terrillon. Bull. général de thérapeut., 1892, p. 485.

proposé et effectué une opération radicale. Considérant la vésicule comme étant devenue un organe inutile et même nuisible chez les sujets porteurs d'une fistule muco-purulente, il résolut de l'enlever : la *cholécystectomie* était instituée.

L'idée cependant n'était pas complètement neuve : dès la fin du ^{xviii}^e siècle, un étudiant dont parle Etmüller dans ses œuvres extirpait la vésicule chez un chien, refermait le ventre et voyait l'animal continuer à vivre sans aucun trouble. Plus tard, Herlin (1767) fit des expériences semblables chez le chat, mais Langenbuch seul osa les appliquer à l'homme. Il fit sa première cholécystectomie pour fistule muco-purulente, le 28 juillet 1885 ; il eut un beau succès. Thiriar, qui était l'apôtre de la nouvelle méthode, la défendit avec enthousiasme et la vulgarisa. Le 18 février 1889, Michaux à son tour enlève la vésicule biliaire et guérit une fistule rebelle à tout traitement. Le 20 février 1890, il pratique une seconde cholécystectomie dans un cas identique et se félicite du résultat obtenu. Depuis, Monod, Matlakowski, W. Mayo Robson, Morestin, André, Schwartz ont fait bénéficier leurs malades de cette opération.

Cependant, de multiples travaux surgissaient, décrivant le manuel opératoire, les indications et contre-indications, les inconvénients et les avantages de la cholécystectomie ; les communications de Terrier à la Société de Chirurgie, à l'Académie de médecine, au congrès français de chirurgie (sixième session 1892), les publications ou les rapports de Kœberlé (1), Sainton (2), Guil-

(1) Kœberlé. Société de médecine de Strasbourg, 1^{er} mars 1888.

(2) Sainton. Gazette des Hôpitaux, 1891.

lemain (1), Péan (2), Lejars (3), Baudoin (4), Segond (5), Faure (6), Pantaloni (7), Pauchet (8), Schwartz (9), Terrier et Auvray (10) réglaient les derniers détails de l'opération et assuraient à la cholécystectomie droit de cité dans la chirurgie hépatique.

(1) Guillemain. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, septembre 1891.

(2) Péan. Gazette des Hôpitaux, 16 avril 1892.

(3) Lejars. Revue de chirurgie, 1896.

(4) Baudoin. Les opérations nouvelles sur les voies biliaires, 1898.

(5) Segond. Traité de Chirurgie, tome VI, 1898.

(6) Faure. Traité de Chirurgie clinique et opératoire, tome VIII, 1899.

(7) Pantaloni. Chirurgie du foie et des voies biliaires, 1899.

(8) Pauchet. Chirurgie des voies biliaires, 1900.

(9) Schwartz. Chirurgie du foie, 1900.

(10) Terrier et Auvray. Chirurgie du foie et des voies biliaires, 1901.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

A) La vésicule biliaire est un réservoir annexé au conduit excréteur du foie auquel elle se rattache par le canal cystique.

Située dans une dépression que l'on trouve à la face inférieure du foie, la vésicule biliaire est maintenue en place d'une part par des adhérences fibreuses et vasculaires qui vont de sa face supérieure à la capsule de Glisson, d'autre part par le péritoine qui la recouvre partiellement.

Le feuillet viscéral du péritoine, quittant la face inférieure du lobe carré du foie, se porte sur le col de la vésicule et sur sa face inférieure. Il les tapisse, puis continue son trajet sur la face inférieure du lobe droit ; de plus, il recouvre complètement le fond de la vésicule, et se réfléchit ensuite sur le foie, au niveau de la fossette cystique. Le péritoine passe donc sous la vésicule comme un voile tendu. Il résulte de cette disposition que la vésicule est toujours recouverte d'un feuillet séreux à sa face inférieure et au niveau de son fond. C'est donc tou-

jours près de son fond et sur sa face inférieure qu'elle contractera des adhérences avec les organes voisins.

La vésicule a généralement la forme d'une poire dont la longueur est de 7 à 8 centimètres et la largeur de 2 à 3 centimètres; sa capacité est évaluée à 2 ou 3 centimètres cubes. Mais elle possède des parois très extensibles et l'on peut introduire dans sa cavité, sans produire de rupture, 150 et même 200 centimètres cubes d'eau.

L'on peut distinguer à la vésicule biliaire trois portions: 1° une portion moyenne ou *corps*; 2° une portion supérieure ou *col*, se continuant avec le canal cystique; 3° une portion inférieure ou *fond*.

1) *Corps*. Il est logé dans la fossette cystique; sa face inférieure tapissée par le péritoine répond à la première portion du duodénum et à l'extrémité droite du colon transverse assez souvent coloré en vert à cause de ce contact.

2) *Fond*. Recouvert entièrement par le péritoine, il déborde le bord antérieur du foie, échancré à ce niveau; arrondi et mousse, il flotte librement au-dessus de la masse intestinale et vient se mettre en rapport immédiat avec la paroi antérieure de l'abdomen, au voisinage des 8^e et 9^e côtes droites, au niveau du bord externe du muscle droit. Calot, qui a fait des recherches spéciales sur la topographie de la vésicule, conclut que le fond de cet organe ne répond pas exactement au bord du muscle droit, mais qu'il est situé à un centimètre et demi ou deux en dehors de ce muscle.

3) *Col*. Recourbé sur lui-même en forme d'S, il se continue avec le corps de la vésicule et avec le canal

cystique, séparé de ces deux parties par un rétrécissement. D'après Sappey, le col se recourbe de haut en bas, pour former une concavité inférieure, en même temps qu'il est contourné en spirale autour d'un axe fictif décrivant comme le colimaçon deux tours, ou deux tours et demi de spire.

B) Le canal cystique s'étend du col de la vésicule biliaire au canal cholédoque.

Flexueux et contourné en spirale, il est contenu dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique, entre la veine-porte qui est en avant et l'artère cystique qui le côtoie à gauche. Il se dirige en bas et à gauche, et après un trajet d'environ trois centimètres, il s'unit à angle aigu avec le canal hépatique, pour former le canal cholédoque. Suivant Hartmann, (1) le col de la vésicule biliaire forme une sorte d'ampoule saillante à droite, ou bassinnet, se continuant par sa partie gauche avec le canal cystique, si bien que l'ensemble constitué par la partie inférieure de la vésicule, le bassinnet et l'origine du canal cystique décrit une sinuosité à concavité gauche. Dans cette concavité se trouve un ganglion immédiatement appliqué contre la partie gauche du col ou bassinnet. Ce ganglion peut être enflammé chroniquement, induré et augmenté de volume.

D'après Terrier et Dally (2), il existerait souvent une valvule semi-lunaire séparant le bassinnet de la vésicule proprement dite; puis, à un centimètre plus bas, se trouveraient deux valvules à insertion opposée.

(1) Société Anatomique, juillet 1891.

(2) Revue de chirurgie, 1894.

Suivant les mêmes auteurs, l'abouchement du canal cystique avec le canal hépatique présente parfois quelques particularités intéressantes. Il peut exister, au niveau de l'abouchement des deux canaux, une valvule semi-lunaire pouvant diminuer, de la moitié ou même des trois quarts, le calibre du canal cystique.

Une autre disposition est l'accolement des deux canaux qui ne sont plus séparés que par une mince membrane. Cet accolement peut mesurer de 2 à 2 cent. $\frac{1}{2}$. Dans des cas pareils, si l'on pratique la cholécystectomie, une ligature posée sur le conduit cystique pourrait fort bien comprendre par mégarde le conduit hépatique accolé : d'où les plus graves conséquences.

La longueur du canal cystique est en moyenne de 35 à 45 millimètres ; il a un calibre inférieur à celui du canal cholédoque et du canal hépatique : 3 millimètres environ. La forme spiroïde de ce conduit est due à la présence, sur sa face interne, de valvules dont le nombre, la direction, la forme et l'importance sont tellement variables qu'ils échappent à toute description. D'une façon générale, ces valvules existent spécialement dans le segment supérieur du canal ; dans le segment inférieur, elles sont moins nombreuses et moins accentuées.

D'après cette description rapide, l'on se rend bien compte des nombreuses causes d'arrêt des concrétions formées dans la vésicule. Pour résumer, citons-les par ordre de succession : en premier lieu la valvule semi-lunaire qui sépare la vésicule du bassinet, puis l'ampoule du bassinet, ensuite, les deux valvules qui se trouvent à l'entrée du canal cystique, le système de valvules, en nids

de pigeons du canal cystique, et enfin la valvule qui se trouve à la terminaison du canal cystique.

Par suite de ces dispositions anatomiques, les calculs, cheminant de la vésicule vers le canal cholédoque, trouvent une foule de points d'arrêt qu'ils ont beaucoup de peine à franchir

HISTOLOGIE

A) Vésicule biliaire.

Elle est formée de trois tuniques superposées :

1° *Tunique externe, séreuse.* — Elle est formée par le péritoine ; nous en avons parlé plus haut, nous n'y revenons pas.

2° *Tunique moyenne, fibro-musculaire.* — Elle est constituée par des fibres musculaires lisses, disposées sur plusieurs plans et entremêlées d'éléments conjonctifs et élastiques. Ces fibres musculaires ne forment pas, à proprement parler, une couche continue, car il existe entre leurs faisceaux d'assez fortes lames conjonctives.

3° *Tunique interne, muqueuse.* — Elle a une teinte jaunâtre ou verdâtre assez prononcée. Elle porte un grand nombre de plis saillants circonscrivant des dépressions ou aréoles qui elles-mêmes sont subdivisées par des crêtes moins élevées en aréoles secondaires.

Considérée au point de vue histologique, la muqueuse vésiculaire présente un épithélium, un derme et des glandes.

a) *Epithélium*. — Il est constitué par une seule assise de cellules cylindriques, serrées les unes contre les autres ; ces cellules présentent à leur extrémité libre un plateau strié perpendiculairement à sa surface ; l'existence de ce plateau est niée par quelques auteurs (Steiner). Entre les cellules cylindriques l'on rencontre disséminées quelques cellules caliciformes.

b) *Chorion*. — Il est formé de tissu conjonctif et constitue le substratum des plis précédemment cités.

c) *Glandes*. — Petites et peu nombreuses à l'état normal, elles s'hypertrophient au cours des affections pathologiques ; les unes sont situées dans le derme de la muqueuse ; elles ont la forme de doigts de gants ; les autres pénètrent dans la tunique moyenne et ressemblent à des glandes en grappes. Pour Sappey, ces glandes sécrètent du mucus qui se mélange à la bile

B) Canal cystique.

Il possède deux tuniques :

1° *Tunique fibro-musculaire* — Elle est constituée par un mélange d'éléments conjonctifs, de fibres élastiques, et de faisceaux musculaires. Ceux-ci ont une direction longitudinale.

2° *Tunique muqueuse*. — Elle a la même structure que la tunique correspondante de la vésicule biliaire. C'est dire qu'elle est munie également de glandes à mucus.

CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES

L'histologie nous apprend que la vésicule biliaire possède dans ses parois des fibres musculaires lisses. Et, en fait, elle constitue un organe contractile situé sur le parcours de la bile et destiné à expulser son contenu au moment de la digestion. Sa contraction résulte d'une action réflexe dont le point de départ est la muqueuse de l'intestin, au niveau de l'ampoule de Vater, alors que les aliments franchissent le duodénum.

Dans l'intervalle des digestions, la vésicule se remplit de bile par une sorte de regorgement résultant de la continuité de la sécrétion de la bile et du resserrement du canal cholédoque à son embouchure dans l'intestin.

De là il ne faut pas conclure que, dans l'intervalle des digestions, la vésicule reçoit intégralement tout le liquide sécrété par le foie, et que ce liquide cesse de couler dans l'intestin. Il suffit, en effet d'ouvrir le duodénum d'un animal vivant pour voir la bile s'écouler goutte à goutte par l'extrémité du cholédoque, même dans l'état de vacuité de l'estomac.

D'après ces faits, il semble logique d'attribuer à la vésicule biliaire une action intermittente et d'admettre qu'elle joue non seulement le rôle de réservoir de la bile dans l'intervalle des contractions, mais encore le rôle de régulateur de l'excrétion biliaire. A ce dernier point de vue, elle semble destinée à empêcher la pression d'augmenter outre mesure dans les canaux biliaires et, par suite, elle aide au bon fonctionnement du foie. Ce n'est pas tout. La vésicule biliaire, avons-nous dit, contient dans ses parois des glandes sécrétant du mucus. Quand la bile arrive dans la vésicule, elle se mélange au mucus sécrété et subit de ce fait des modifications de consistance et de réaction chimique : la bile fraîche, n'ayant pas séjourné dans la vésicule, est très fluide, non visqueuse et de réaction neutre ; la bile cystique, au contraire, est filante et de réaction alcaline.

Telle est la double fonction de la vésicule biliaire, organe dont plusieurs auteurs cependant ont voulu diminuer l'importance physiologique, se basant sur des arguments variés.

Et d'abord, ont-ils dit, l'anatomie comparée montre que la vésicule biliaire manque dans un certain nombre d'espèces animales. Dans la classe des mammifères, alors que la vésicule existe chez l'homme, elle est absente chez le cheval, l'éléphant, le rhinocéros. De plus, chez l'homme même, la vésicule présente de nombreuses anomalies.

Elle peut faire défaut complètement, et sans vouloir citer tous les cas connus, l'on peut rappeler celui de Follet (1), à propos duquel Bouillaud cite un cas de Mor-

(1) Académie de médecine, 25 mars 1828.

gagné. Plus récemment Boëkel (1), au cours d'une intervention, n'a pas trouvé trace de vésicule biliaire. Enfin, ajoutent-ils, la vésicule a pu être extirpée à la suite d'une intervention chirurgicale, et là encore, le plus souvent aucun accident n'en résulte.

Que conclure de ces opinions contraires ? Il faut rester dans un juste milieu et admettre que la vésicule, comme chacun de nos organes, pris en particulier, joue son rôle, un rôle très utile, sinon indispensable, pour le bon état de l'organisme. Par suite, l'on ne peut être autorisé à supprimer la vésicule biliaire que dans des circonstances particulières et fort limitées : quand la vésicule, par suite de lésions pathologiques variées, devient incapable de remplir le rôle qui lui est normalement dévolu, et qu'elle est pour l'individu une cause d'accidents et de souffrances.

(1) Boëkel, Congrès de chirurgie, 1892.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Deux faits anatomiques dominant les processus morbides qui aboutissent aux fistules muco-purulentes de la vésicule biliaire et leur donnent une physionomie clinique spéciale :

I. Le premier est l'adhérence de la vésicule et son ouverture à la paroi abdominale.

II. Le second est l'oblitération du canal cystique rendant la vésicule indépendante de l'arbre biliaire.

I. ADHÉRENCE ET OUVERTURE DE LA VÉSICULE BILIAIRE A LA PAROI ABDOMINALE.

Pour le dire dès le début, les fistules vésiculo-cutanées reconnaissent deux causes bien distinctes :

Les unes sont artificielles, relèvent d'une intervention sur la vésicule biliaire ; ce sont les *fistules opératoires*.

Les autres sont consécutives à des phénomènes inflammatoires et se produisent spontanément, ce sont les *fistules pathologiques*.

1. **Fistules opératoires.**

Elles succèdent soit à une *ponction* de la vésicule, soit à une *cholécystostomie*.

Nous n'avons trouvé que deux cas de fistules consécutives à une ponction (observations I et II). Ce procédé n'est plus en faveur à notre époque, car il est aveugle et dangereux ; il peut entraîner des accidents tels que blessure d'un vaisseau ou d'un autre organe important, irruption de quelques gouttes de liquide vésiculaire dans la cavité péritonéale. De plus, s'il aide parfois au diagnostic, il ne constitue pas, à proprement parler, un moyen curatif.

Quant à la cholécystostomie, c'est une opération devenue fréquente en chirurgie biliaire. Elle consiste à inciser la vésicule et à établir une fistule cystico-cutanée, afin de débarrasser cette vésicule des calculs et des liquides qu'elle contient. La fistule peut succéder à une cholécystostomie en deux temps (observations III, XIV, XVI). Celle-ci consiste, on le sait, à établir d'abord des adhérences entre la paroi vésiculaire et la séreuse péritonéale, puis à ouvrir secondairement la vésicule. Pour déterminer une inflammation adhésive entre le réservoir biliaire et le péritoine, on peut soit remplir la plaie de gaze antiseptique, soit suturer la paroi vésiculaire aux lèvres de l'incision. Dans une deuxième séance, c'est-à-dire plusieurs jours après, on pratique l'incision de la vésicule. Précédée ou non d'une ponction, cette ouverture est faite aux ciseaux, au thermo-cautère (observation XIV) ou mieux au bistouri.

La fistule peut également être la conséquence d'une

cnolécystostomie en un temps faite suivant le procédé de Sims (observations V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XV, XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVII) ou suivant le procédé de Ransohoff (observation IV). Dans le procédé de Sims, après incision des téguments et mise à nu de la vésicule, on entoure celle-ci de compresses afin de l'isoler complètement de la cavité péritonéale. Cela fait, on ponctionne la vésicule avec un trocart pour évacuer la plus grande partie de son contenu, on élargit l'ouverture ainsi créée avec des ciseaux et, finalement, on fixe la vésicule à la plaie abdominale. En somme, il y a incision première et suture seconde de la vésicule. Lorsque l'on a recours au procédé de Ransohoff, on intervertit les divers temps de l'opération ; on fait la suture première et l'incision dernière. Il est utile, avant d'ouvrir la vésicule, de la ponctionner ; on évite ainsi l'issue du liquide dans le péritoine, à travers les trous de suture, dans les cas où la suture traverserait toute l'épaisseur de la paroi, ce qu'il faut éviter.

Quel que soit le procédé employé, on fait généralement deux plans de suture, pour fixer la vésicule à la paroi : le premier plan se compose d'une série de points séparés comprenant une partie de la paroi musculaire et le péritoine pariétal d'une part, la séreuse vésiculaire d'autre part ; le second plan soude la muqueuse de la vésicule aux téguments. De cette façon le péritoine est efficacement protégé et le contenu de la vésicule, mucus, muco-pus, pus, sang, calculs biliaires, peut s'écouler par cette fistule artificielle.

2. Fistules pathologiques.

Les fistules pathologiques sont consécutives à une cholécystite. Et qui dit cholécystite dit inflammation de la vésicule biliaire et, par suite, intervention d'agents microbiens.

Or, l'on sait depuis les travaux de Dupré qu'à l'état normal la bile et les voies biliaires sont aseptiques, bien qu'elles communiquent avec un milieu infecté, le duodénum. Seule, la portion terminale du canal cholédoque, sur une étendue de quelques centimètres, participe dans une certaine mesure à la septicité de la muqueuse intestinale. Par quel mécanisme et dans quelles conditions les germes pathogènes peuvent-ils remonter le courant physiologique de la bile et envahir les voies biliaires, telle est la question à résoudre.

Si nous jetons un regard d'ensemble sur la pathologie des voies biliaires, nous remarquons deux grands groupes d'affections, souvent associés d'ailleurs, mais dont le mécanisme initial diffère : d'un côté, des *lésions inflammatoires*, de l'autre côté, des *lésions mécaniques*.

Dans le premier cas, les agents microbiens pénètrent dans les voies biliaires saines : ce sont les *infections biliaires primitives*.

Dans le second cas, les germes pathogènes envahissent les voies biliaires obstruées, ce sont les *infections biliaires secondaires*.

Les cholécystites *primitives, non calculeuses*, sont relativement rares (observations XV-XVI) ; elles surviennent au cours des maladies générales telles que les fièvres éruptives, et également au cours des affections à

prédominance intestinale. Elles relèvent soit de la bactérie spécifique de la maladie, soit de bactéries non spécifiques d'origine intestinale, émigrées dans les voies biliaires à la faveur de la maladie primitive.

Telle est, par exemple, la cholécystite se produisant au cours du choléra et surtout de la fièvre typhoïde. La cholécystite typhique est bien connue depuis les recherches de Gilbert et Girode ; la caractéristique des lésions vésiculaires, dans ce cas, est la présence en un point quelconque de la muqueuse, surtout vers le fond, de nombreuses ulcérations. Il semble que le bacille d'Eberth conserve dans les voies biliaires les propriétés ulcéreuses qu'il possède vis-à-vis de l'intestin. Ceci explique pourquoi de telles cholécystites aboutissent rarement à la formation de fistules : le processus ulcératif est trop rapide, trop intense ; les lésions de péricystite n'ont pas le temps de se former ; l'ouverture de la vésicule se fait dans le péritoine. D'où péritonite généralisée. Sur 18 observations, rapportées par Hagenmuller (1), huit fois la vésicule présentait des ulcérations qui, dans 7 cas, ont abouti à la perforation et à l'épanchement de bile septique dans le péritoine. Les cholécystites qui présentent une telle évolution relèvent d'un micro-organisme ayant une virulence exagérée : ce microbe est surtout représenté par le bacille d'Eberth, parfois par le vibrion cholérique, exceptionnellement par le coli-bacille en état de virulence inaccoutumée. Anatomiquement, ce qui domine, c'est l'absence ou la rareté du pus ; les éléments succombent

(1) Hagenmuller, *Thèse de Paris*, 1876.

sans résister et la phagocytose est insuffisante. Mais, à côté de ces faits, assez rares d'ailleurs, il est des cas où les voies biliaires accessoires, et en particulier la vésicule, sont envahies par des micro-organismes de moyenne virulence : la cholécystite sera purulente, hématique, séreuse, ou simplement fibreuse. L'agent le plus fréquent de ces lésions est le bactérium coli d'Escherich que Gilbert et Girode ont appelé en 1891, « le grand parasite des infections biliaires ». Viennent ensuite le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque.

Abandonnées à elles-mêmes, les cholécystites primitives peuvent s'ouvrir à la paroi abdominale, la vésicule contractant des adhérences intimes avec le péritoine pariétal, suivant un mécanisme étudié plus loin.

Dans le groupe des cholécystites primitives rentrent les localisations de la tuberculose au niveau de l'arbre biliaire, ou plus particulièrement de la vésicule.

La cholécystite *tuberculeuse* à évolution torpide ou légèrement subaiguë peut néanmoins donner lieu aux complications des cholécystites en général et à l'ouverture d'une fistule. Tel est l'exemple observé par Czerny Nermann et rapporté plus loin (observation XXX).

Plus fréquentes, intéressant plus directement le chirurgien, les *cholécystites secondaires* succèdent à l'obstruction des voies biliaires ; de toutes les causes d'appel de l'infection biliaire, la lithiasé, a dit Dupré, est de beaucoup la plus fréquente. La présence de *calculs* dans les voies biliaires a, en effet, de multiples inconvénients : d'une part, elle gêne le libre écoulement de la bile vers l'intestin : elle favorise sa stagnation et l'empêche de

balayer les conduits biliaires, comme en temps normal. Une conséquence de cette stagnation est la dilatation de l'arbre biliaire ; cette dilatation ne va pas sans produire une altération notable des parois, une dystrophie qui réalise, suivant l'expression de Dupré, une véritable asystolie biliaire. Ajoutons que les calculs, au cours de leur migration, blessent les canaux qu'ils traversent ; ils produisent par leurs angles des érosions des muqueuses, ouvrant ainsi de multiples portes à l'infection. C'est dire que le nombre, le volume, la forme des calculs ont leur importance ; un calcul unique est souvent bien toléré par la vésicule ; étant généralement de gros volume, il ne subit pas de déplacement ; ayant une surface lisse et unie, il ne blesse pas la muqueuse. Des calculs multiples, petits, irréguliers, mobiles, à bords rudes, favorisent l'apparition des phénomènes douloureux et inflammatoires : ils jouent dans la production de la cholécystite calculeuse le même rôle que les calculs urinaires dans la cystite calculeuse.

Il suffit de se rappeler la structure normale de la vésicule biliaire pour le comprendre ; la muqueuse de la vésicule, avons-nous dit, présente une série de dépressions ou alvéoles. Ces alvéoles, du fait des calculs, s'exagèrent, retiennent dans leur cavité la bile épaissie et stagnante, et constituent autant de petits ballons où les bactéries vont proliférer et déterminer des foyers d'angiocholite subaiguë à marche ulcéreuse. Si les microbes sont d'une grande virulence, si la paroi est très altérée, l'ulcération peut se produire rapidement, avant que le péritoine n'ait eu le temps de réagir ; il en résulte une

péritonite généralisée. Le fait est assez rare : le plus souvent l'évolution progresse lentement ; le travail ulcé-ratif envahit peu à peu les diverses tuniques de la vésicule, de dedans en dehors. Pendant ce temps, à la périphérie, la vésicule contracte des adhérences avec les organes voisins. — Dans le cas qui nous occupe, dans le cas de fistule cutanée, la perforation de la vésicule s'opère sur un point qui a préalablement contracté des adhérences solides et étendues avec la paroi abdominale ; à ce niveau, se développe un phlegmon plus ou moins étendu, qui, s'il ne s'ouvre pas spontanément, est incisé par le chirurgien à la manière des abcès pariétaux de l'abdomen. L'adhérence et la perforation sont donc, ici, instamment liées à la péricholécystite.

Dans d'autres circonstances, le mécanisme est un peu plus complexe : la tumeur biliaire ne contracte pas d'adhérences avec la paroi abdominale, mais la perforation donne lieu à un épanchement limité par des adhérences, à un véritable cloaque intermédiaire : le phlegmon est alors secondaire. Les choses se passent d'ailleurs à peu près de même, mais la cavité interposée entre les deux orifices donne lieu à des trajets multiples, dont les orifices de sortie sont plus ou moins éloignés de la perforation cholécystique, et elle peut s'ouvrir en même temps dans le duodénum ou le colon, qui servent de parois.

On se rend compte, en comparant ces détails anatomo-pathologiques, des actes séparés et de longue durée que l'on observe dans le cours de ces accidents. Dans le premier cas, il y a cholécystite ulcéreuse, péricholécystite et

phlegmon biliaire. Dans le deuxième cas, il y a cholécystite ulcéreuse, péricholécystite secondaire, péritonite localisée, formation du cloaque et phlegmon de la paroi abdominale. Telle est la pathogénie de la fistule vésiculocutanée d'origine calculieuse, forme la plus fréquente des cholécystites par obstruction.

Nous ne dirons qu'un mot d'une variété beaucoup plus rare, succédant à l'introduction dans les voies biliaires de corps étrangers autres que les calculs, tels que ascarides, distomes, hydatides. Ces corps vivants favorisent l'infection de la vésicule, d'une part en produisant un certain degré d'obstruction biliaire, d'autre part en apportant avec eux des germes pathogènes puisés dans le milieu intestinal.

N'oublions pas cependant les fistules consécutives à la persistance, dans l'épaisseur des tissus, après opération, d'un *fil infecté*, *fil de soie* le plus souvent, qui s'oppose à la cicatrisation du trajet. Nous avons observé un exemple de ce genre dans le service du docteur Schwartz; si nous ne relatons pas l'observation en entier, c'est que la fistule en question était à la fois muco-purulente et biliaire: il s'agit d'une femme de 34 ans, qui fut admise et opérée d'urgence pour des phénomènes de péritonite appendiculaire; on fit une laparotomie et on eut la surprise de trouver un appendice sain; en revanche, la vésicule biliaire était très dilatée, remplie de calculs et de pus. Cholécystostomie et drainage (3 décembre 1900). Un an après (novembre 1901), la malade revient dans le service, portant une fistulette de l'hypochondre droit, siégeant à la partie

inférieure de la cicatrice opératoire, fistulette laissant suinter du muco-pus et de la bile. Après plusieurs cathétérismes, on réussit à retirer un débris de fil de soie : le trajet se cicatrisa spontanément.

Une autre cause de la fistule biliaire est le *cancer de la vésicule*. Cette question a été étudiée par plusieurs auteurs, en particulier par Murchison et Frerichs. Murchison croit pouvoir conclure que « quand la fistule est cancéreuse, il est probable que le travail ulcératif qui conduit à sa production est déterminé par des calculs biliaires ». Frerichs vient à l'appui de cette opinion en montrant, sur 11 cas de cancer de la vésicule, 9 d'entre eux accompagnés de lithiase biliaire. Et, d'après Heddaeus, sur 23 cas de cancers vésiculaires observés depuis 1866, à la clinique de Heidelberg, on constata directement la présence de calculs dans 18 cas ; dans 3 autres cas, des crises de coliques hépatiques se trouvent mentionnées dans les antécédents. C'est dire que fistule calculeuse et fistule cancéreuse relèvent d'un processus peu différent. (Observations XXXV et XXXVI.)

En résumé, les cholécystites pouvant aboutir à la formation de fistules cutanées sont de deux ordres :

Les cholécystites non calculeuses dans lesquelles nous rangerons la cholécystite *tuberculeuse*.

Les cholécystites calculeuses auxquelles nous rattacherons les cholécystites *cancéreuses*.

Comme le fait remarquer Longuet, ce n'est guère dans l'agent microbien que l'on peut trouver le moindre élément distinctif ; dans l'un et l'autre cas, l'infection procède des mêmes parasites émigrés de l'intestin. Mais

la succession des phénomènes morbides n'est pas identique dans les deux cas ; la cholécystite non calculeuse est, dès le début, le résultat d'une infection ; au contraire, au cours de la cholécystite calculeuse existe une période plus ou moins longue pendant laquelle le malade est un lithiasique simple qui pourra devenir ensuite un lithiasique infecté. Inversement, la cholécystite calculeuse, du fait même de la lithiase, s'accompagne de rétention dès le début, alors que, au cours de la cholécystite sans calculs, la rétention ne se produit que secondairement, sous l'influence de l'inflammation, d'un bouchon muqueux par exemple venant diminuer le calibre des voies biliaires ou les obstruer complètement. Enfin, différence plus matérielle, dans la cholécystite calculeuse, la vésicule est généralement petite, revenue sur elle-même, alors que dans la cholécystite non calculeuse la vésicule est augmentée de volume et parfois très dilatée, comme nous le verrons au chapitre consacré à l'anatomie pathologique.

La fistule est constituée ; mais pour qu'elle ne donne issue qu'à du pus et du mucus, il est nécessaire que le canal cystique soit devenu imperméable.

II. OBLITÉRATION DU CANAL CYSTIQUE

En se basant sur les données anatomiques, on peut diviser en trois classes les causes susceptibles d'amener l'oblitération du canal cystique.

1^o Dans la première classe, on range les compressions

consécutives aux affections d'organes situés en dehors de ce canal.

2° La seconde classe comprend les oblitérations, résultant d'altérations des parois de ce conduit.

3° La troisième classe enfin renferme les oblitérations dont la cause siège dans la cavité même du canal cystique.

1° Compression du cystique. — Dans cette catégorie, on doit ranger toutes les tumeurs qui peuvent se développer dans le voisinage de la vésicule. Tels sont les noyaux cancéreux siégeant à la base du foie ; telles sont les diverses affections des ganglions qui se trouvent à ce niveau : adénites inflammatoires, tuberculeuses, néoplasiques, etc... Dans une observation de Louis (1), concernant un malade mort de fièvre typhoïde, le conduit cystique était comprimé par le développement des ganglions lymphatiques qui l'accompagnaient : « les glandes qui entouraient les conduits cystique et hépatique étaient d'un rose tendre, très molles, très volumineuses ; elles avaient comprimé le premier de ces conduits, de manière à empêcher le trajet de la bile dans la vésicule ».

Dans d'autres cas, le canal cystique était oblitéré par un kyste hydatique (2), par un abcès (3), par un anévrysme de l'artère hépatique (4), par un cancer de la tête du pancréas. Dans ce dernier cas, il est vrai, le canal cholédoque était intéressé.

(1) Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre typhoïde.

(2) Terrillon.

(3) Lindner. — Berlin. klin. Wochensft. 1892. XXXIX, p. 238.

(4) Blodgett. — Homéopath. Times, 1879-1880. VII, p. 83.

2. **Altérations des parois du cystique.** — Elles peuvent se présenter sous divers aspects. *L'inflammation catarrhale* (1) du canal cystique, avec sécrétion muqueuse abondante, succède à l'irritation produite par un corps étranger, comme nous le verrons plus loin, ou bien succède à une inflammation semblable, à un catarrhe de l'intestin et de l'estomac transmis du duodénum à l'arbre biliaire ; mais, dans les cas de ce genre, le processus intéresse de préférence et surtout le canal cholédoque vers son abouchement dans l'ampoule de Vater ; il entraîne une oblitération passagère de ce conduit, donnant lieu aux symptômes connus sous le nom d'« ictère catarrhal » ; nous n'insistons pas, car ces faits sortent de notre sujet. Dans certaines circonstances peut-être, l'inflammation catarrhale est primitivement localisée à la vésicule biliaire ; elle envahit secondairement le canal cystique, entraînant l'occlusion passagère de ce conduit (observation XV).

Quoi qu'il en soit, le catarrhe du canal cystique est une affection passagère qui, généralement, ne dure pas assez longtemps pour laisser après elle des lésions définitives de sténose cicatricielle.

En d'autres circonstances, l'inflammation du cystique donne lieu à la production d'un *exsudat albumino-fibrineux* remarquable par sa tendance à l'organisation. Ces exsudats diphtériques des voies biliaires ont été observés au cours de la fièvre typhoïde, du choléra, des pyoémies. Duplay père a constaté un cas dans lequel les parois du

(1) Bureau, société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes (mars 1896).

canal cystique étaient agglutinées par des fausses-membranes. Frerichs cite également un exemple analogue, dans un cancer hépato-biliaire.

Enfin l'inflammation du cystique peut revêtir *la forme ulcéreuse* lorsqu'elle succède à l'irritation produite par les calculs biliaires, ainsi que nous le dirons au paragraphe des « corps étrangers du cystique ».

Nous citerons pour mémoire, d'autres causes possibles d'occlusion du canal cystique : brides, adhérences, *coudures*, torsion du canal. Ce sont là des faits qu'on rencontre rarement. Fergusson a rapporté un cas d'oblitération du canal cystique consécutif à une coudure du col de la vésicule. Et Roux, de Lausanne, frappé de la coexistence fréquente de la lithiase biliaire et de l'ectopie rénale, a émis l'hypothèse que le déplacement du rein serait primitif et exercerait des tractions sur le canal cystique par l'intermédiaire du bord droit du ligament hépato-duodénal, favorisant ainsi les coudures du cystique et gênant le cours de la bile.

3° Corps étrangers du cystique. — C'est là la cause d'obstruction la plus fréquemment observée. Nous ne ferons que citer les corps animés, lombrics, entozoaires, hydatides, qui pénètrent parfois dans les canaux biliaires mais qui jouent un rôle effacé à côté des calculs biliaires. Les *calculs*, en effet, sont le grand facteur de l'oblitération du cystique (observations VII, X, XIII, XXXII, XL, XLI).

Soit qu'ils se forment dans le canal lui-même, soit qu'ils y pénètrent secondairement, venant de la vésicule ou du canal hépatique, ils réalisent l'occlusion du cys-

tique par divers processus. Et d'abord, ils peuvent être arrêtés, enclavés à diverses hauteurs, au niveau du col de la vésicule, ou dans le canal lui-même. La présence des valvules et replis décrits au chapitre « considérations anatomiques » explique la fréquence de cet enclavement. Si les calculs sont de forme arrondie, ils bouchent le conduit complètement par leur seul volume. S'ils sont anguleux, leurs aspérités les fixent aux parois du canal ; la muqueuse, à leur contact, se gonfle et devient le siège d'une angiocholite catarrhale et l'occlusion, partielle en premier lieu, se trouve bientôt complète.

D'autres fois, le calcul traverse le canal cystique en déchirant, en contusionnant la muqueuse, comme on l'a fait remarquer plus haut ; la région ulcérée devient le siège d'une angiocholite adhésive qui pourra se comporter de deux façons bien différentes : ou bien les parois opposées du canal se réuniront directement ; ou bien l'inflammation de la muqueuse, en se communiquant aux couches musculuses, les transformera en tissu cicatriciel rétractile dont l'effet sera d'amener progressivement l'occlusion du canal.

On est allé plus loin et on a dit (1) : pourquoi la même cause qui détermine dans la vésicule de la cholécystite et la formation des calculs ne produirait-elle pas une angiocholite au niveau du canal cystique ? Dans cette hypothèse, ce qui serait en jeu ce n'est pas la lithiase, mais la cause de la lithiase, c'est-à-dire l'altération de la bile ou des parois des voies biliaires par un microbe pathogène déterminant avant la formation des

(1) Morin. Thèse de Paris 1894.

calculs une lésion des parois pouvant aboutir à la sténose du canal (observation XXXVIII).

Quoi qu'il en soit, l'induration scléreuse du canal cystique a été fréquemment observée; tantôt l'orifice seul du cystique est oblitéré; alors souvent, mais non toujours, on trouve une cicatrice qui en indique la place. D'autres fois, il n'est oblitéré que vers sa terminaison et sa cavité forme un appendice de celle de la vésicule. Parfois encore, on ne trouve, à la place du cystique, qu'un cordon grêle, ligamenteux, imperméable, enveloppé de tissu cellulaire.

A l'autopsie d'une femme de 73 ans, Durand-Fardel (1) trouva une vésicule ayant le volume d'une poire et présentant des adhérences avec le duodénum. « Il était impossible de faire passer un stylet fin de la vésicule dans le canal cystique. Ce dernier paraissait s'oblitérer à un millimètre à peu près au-delà de son orifice dans la vésicule. Le canal cystique, perméable dans son tiers inférieur, était converti au-delà en un cordon fibreux, blanchâtre, dense et très étroit. »

En résumé, rétrécissement soit inflammatoire soit cicatriciel et calcul enclavé, telles sont les deux grandes causes d'obstruction du canal cystique.

On voit que dans la production de la fistule vésiculocutanée, la lithiase biliaire joue un rôle important, le plus important même, puisque, à elle seule, elle peut réaliser les lésions de la vésicule et les lésions du canal cystique, lésions qui s'accroissent d'ailleurs par influence réciproque. Il est rare, en effet, de constater par

(1) Durand-Fardel. Traité des maladies des vieillards. Paris 1854.

exemple une sclérose de la vésicule sans que le canal cystique ne soit devenu lui-même fibreux. Inversement, l'obstruction du canal cystique a une grande influence sur la marche et l'évolution des cholécystites ; tant que le canal cystique est perméable, la vésicule peut se vider complètement ; le pus qu'elle contient est drainé d'une façon permanente par les voies naturelles et a peu de tendance à se créer un débouché anormal. Dans le cas contraire, le pus se collecte sous pression, distend la vésicule transformée en cavité close, les germes pathogènes augmentent de virulence, toutes conditions qui favorisent singulièrement la rupture, ou tout au moins l'ulcération de la vésicule.

Complications fréquentes des calculs biliaires, les fistules vésiculo-cutanées sont soumises aux mêmes influences pathogéniques que la lithiase elle-même. Et parmi ces influences deux surtout sont importantes : *l'âge et la grossesse*. (Observation XLI).

Sur les 32 observations de fistules calculeuses que nous citons, 19 se rapportent à des sujets ayant un minimum de 40 ans. L'influence du sexe est encore plus évidente : sur les 32 observations susdites, 26 sont relatives à des femmes. Cette prédisposition du sexe féminin à la lithiase et aux complications de la lithiase est connue depuis longtemps. Pour expliquer cette particularité, on a incriminé l'usage du corset qui produirait une constriction funeste sur le foie, la vie sédentaire, mais surtout la grossesse.

« La grossesse me paraît, dit Durand-Fardel, constituer une prédisposition formelle aux calculs biliaires.

J'ai vu la colique hépatique se montrer pour la première fois dans le cours de la grossesse ou après l'accouchement un trop grand nombre de fois pour qu'il n'y ait pas là autre chose qu'une simple coïncidence. » Mais alors comment interpréter l'action de l'état gravidique sur le développement de la lithiase ? La question est délicate.

Pour Huchard, la grossesse a pu, dans certaines circonstances, provoquer le réveil de la diathèse arthritique et servir ainsi de cause déterminante chez les sujets prédisposés, réveil qui s'est traduit par la colique hépatique. Cette opinion est vraie, mais dans quelques cas seulement, car beaucoup de sujets souffrent de crises hépatiques sans présenter, dans leurs antécédents, aucune manifestation arthritique.

Certains auteurs ont incriminé le défaut d'exercice, le séjour forcé au lit pendant la grossesse, par suite d'une complication (varices par exemple), le repos prolongé au lit auquel sont astreintes les femmes après l'accouchement. D'autres ont accusé les modifications de la pression intra-abdominale, qui se produisent après l'accouchement, comme favorisant l'élimination des calculs contenus dans la vésicule.

L'on s'est demandé, d'autre part, si la compression dont les organes abdominaux sont le siège, par le fait du développement de l'utérus gravide, n'atteint pas le foie et si cette compression ne détermine pas un certain degré de stase ou de ralentissement du cours de la bile, condition qui favorise la formation des cholélithes. Cette théorie contient une part de vérité : la stagnation biliaire favorise la lithiase, mais ne la produit pas ; un

autre facteur est nécessaire: c'est l'altération de la bile.

Cette altération de la bile peut dépendre d'une modification de l'état général: pour Bouchard, la pathogénie de la lithiase biliaire est commandée par un état particulier de l'organisme caractérisé par la lenteur et les difficultés des combustions et par le retard des échanges nutritifs. Pendant toute la vie génitale de la femme, depuis la première menstruation jusqu'à la ménopause, mais surtout pendant la grossesse, il y a ralentissement des oxydations, diminution de production d'acide carbonique; les échanges sont diminués de sorte qu'il y a destruction incomplète des acides qui s'accumulent et précipitent la cholestérine, celle-ci ne pouvant rester en dissolution qu'en milieu alcalin. Ainsi se formeraient les calculs biliaires.

Mme Berline-Hering et Dreyfus-Brisac se sont rangés à cette théorie du ralentissement de la nutrition. Mais, actuellement, beaucoup d'auteurs font jouer un rôle prépondérant aux lésions que présente le foie, chez la femme enceinte, lésions constituées par un état graisseux prononcé des cellules hépatiques. Celles-ci, ainsi lésées, ne remplissent qu'imparfaitement leur rôle physiologique: elles sécrètent une bile modifiée, et elles détruisent moins facilement qu'en temps ordinaire les toxines de l'organisme et les microbes venus de l'intestin.

Les germes pathogènes, grâce aux lésions du foie, aux altérations de la bile, à la stase biliaire, peuvent envahir les canaux hépatiques, produire la chute de l'épithélium de revêtement et contribuer à la formation des cholélites. Nous sommes ainsi arrivés à la théorie microbienne

de la lithiase biliaire, théorie récente défendue par MM. Gilbert et Dominici, Hanot et Létienne, Gilbert et Fournier (1). Et si les agents microbiens jouent un rôle encore mal déterminé dans l'étiologie des calculs biliaires, ils peuvent toutefois produire, et à eux seuls, les diverses variétés d'angiocholites et de cholécystites étudiées plus haut. C'est dire que la grossesse expose la femme et à la lithiase et aux infections du foie,

Si nous avons insisté longuement sur ce sujet, c'est que, dans notre observation personnelle, les phénomènes de lithiase apparurent pour la première fois au cours de l'état gravidique. D'ailleurs, cette question des rapports des coliques hépatiques avec la grossesse et l'accouchement n'a pas seulement d'intérêt au point de vue étiologique et pathogénique : souvent le praticien, en semblable occurrence, fait des erreurs de diagnostic, songeant à la possibilité d'une péritonite, d'un début de travail, d'un accouchement prématuré (observation XLI). Et comme le fait remarquer Cyr (2), il est bon que nous soyons prévenus de la fréquence relative de crises de colique hépatique par le fait de la grossesse et dans les premiers temps qui suivent l'accouchement, afin de ne pas nous exposer à une interprétation erronée avec les conséquences qu'elle peut entraîner.

(1) Presse médicale, 1898, n° 41 et 43.

(2) Cyr. Annales de Gynécologie, 1883.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons à étudier successivement :

I. Les lésions du canal cystique et de la vésicule.

II. Le trajet fistuleux consécutif à la péricholécystite.

III. L'état de la paroi abdominale.

I. LÉSIONS DU CANAL CYSTIQUE ET DE LA VÉSICULE

Les lésions anatomo-pathologiques du canal cystique et de la vésicule sont, on le conçoit, à peu près identiques, qu'il y ait eu intervention chirurgicale et fistule opératoire, ou au contraire abstention et fistule spontanée. Le chirurgien en effet n'agira que lorsque les symptômes seront assez accentués pour légitimer son intervention ; par suite, la différence des lésions observées dans les deux cas pourra se résumer en ceci : les lésions, dans les cholécystites abandonnées à elles-mêmes, seront plus accentuées, ayant eu le temps de passer par les divers stades de leur évolution. C'est pourquoi nous les prendrons comme type de description.

1. Canal cystique.

L'oblitération du canal cystique relève de causes mul-

tiples, comme on l'a vu au chapitre précédent. Citons brièvement les lésions le plus fréquemment observées : sclérose ayant transformé le conduit en un cordon dur et plein, ou calcul oblitérant sa lumière soit par lui-même, soit par l'angiocholite qu'il détermine secondairement.

2. Vésicule biliaire.

La vésicule se présente sous des aspects un peu différents suivant qu'il s'agit d'une cholécystite non calculeuse, ou d'une cholécystite calculeuse.

A. *Cholécystite non calculeuse*. Elle s'offre toujours avec le même caractère macroscopique : *Vésicule dilatée* (observations XV-XVI). Sur un nombre de quarante et un cas, Longuet a trouvé la vésicule distendue vingt-huit fois. Devenu volumineux, le réservoir biliaire présente parfois des parois amincies par distension et d'autres fois des parois épaissies par l'inflammation (observation XVI). Il contient dans sa cavité soit un pus franc, phlegmoneux (observation XVI), soit un pus teinté de bile ou strié de sang (observation XV), soit un liquide louche contenant en suspension quelques flocons muco-purulents. Le microscope montre les diverses tuniques et surtout la muqueuse infiltrées de globules blancs, de cellules embryonnaires « constituant, dit Schwartz (1), en certains points de véritables amas qui deviendront de petits abcès pariétaux soit sous-muqueux, soit intra-musculaires, soit sous-séreux ». Dans une observation de Hagenmuller (2) la vésicule est gorgée de pus mal lié, mélangé de bile ; « ses parois sont notablement épaissies et infiltrées de

(1) Schwartz. Chirurgie du foie, 1900.

(2) Hagenmuller. Thèse de Paris, 1876.

leucocytes ; l'épithélium a disparu en partie ; dans le tissu conjonctif sous-muqueux, on remarque des amas de jeunes éléments embryonnaires. La musculuse est en général intacte ; cependant, en certains points, on suit à travers les fibres musculaires des trainées d'éléments embryonnaires ; le tissu conjonctif sous-séreux est fortement épaissi, enflammé ; le péritoine lui-même est altéré : sa surface est inégale, bosselée, son tissu est infiltré d'éléments inflammatoires ; çà et là, on distingue encore des fragments de fausses membranes qui sont restées adhérentes à la séreuse ».

B. *Cholécystite calculeuse*. Quant à la cholécystite calculeuse, sous l'influence des lésions à la fois mécaniques et infectieuses qu'elle subit, elle présente des altérations plus variées. Pour en faciliter la description, on peut ranger ces diverses altérations en deux groupes :

a) Cholécystite calculeuse s'accompagnant de *dilatation de la vésicule, d'augmentation de son volume* ;

b) Cholécystite calculeuse s'accompagnant de *rétraction, d'atrophie de la vésicule*.

a) Cholécystite calculeuse à *grosse vésicule*.

Dans ce groupe, il faut citer tout d'abord l'*hydropisie de la vésicule* : elle succède à l'oblitération complète et définitive du canal cystique, l'agent d'oblitération étant presque toujours un calcul enclavé. Volumineuse, ayant les dimensions d'un poing d'adulte ou d'une tête d'enfant, la vésicule renferme un liquide clair, filant, visqueux, analogue à du blanc d'œuf et constitué par du mucus. L'état des parois varie suivant les cas : les parois sont amincies quand la distension a été rapide ou considé-

rable ; elles sont épaissies et sclérosées lorsque la dilatation s'est faite lentement.

Moins volumineuse dans la *cholécystite catarrhale*, la vésicule contient un liquide parfois incolore, parfois teinté de bile ou de sang ; ce liquide est généralement troublé par des flocons de muco-pus ou de pus. Ici, comme précédemment, les lésions des parois se présentent sous des aspects divers, variant avec l'âge et l'intensité du processus. Dans les formes récentes, les parois de la vésicule sont amincies ; dans les formes anciennes, les diverses tuniques sont épaissies et infiltrées de cellules embryonnaires qui, dans quelques cas, envahissent la tunique séreuse et donnent naissance à des adhérences unissant la vésicule aux organes voisins. Ainsi est constituée la péricholécystite.

La *cholécystite purulente* s'observe également au cours de la lithiase biliaire. Dans quelques cas, elle présente les mêmes caractères anatomiques que la cholécystite purulente non calculeuse, c'est-à-dire parois friables tantôt amincies par distension, tantôt légèrement épaissies par infiltration de cellules embryonnaires. Dans une observation de Kocher, rapportée par Cadéac (1), la paroi de la vésicule était mince et fort friable, si bien que l'opérateur, en cherchant à libérer la vésicule des adhérences qu'elle avait contractées avec l'intestin la déchira.

Mais, le plus souvent, ce qu'on observe c'est la coexistence de lésions purulentes et de lésions de sclérose, comme on le verra plus loin.

(1) Thèse de Paris, 1891.

Dans les deux variétés précédentes, *catarrhale* et *purulente*, la vésicule formait tumeur à cause de sa distension, à cause du liquide qu'elle contenait. Mais, dans quelques cas, la vésicule biliaire est augmentée de volume uniquement par suite de l'épaississement de ses parois. C'est là la cholécystite *chronique scléro-hypertrophique*. Termet, Guéniot et Morestin en ont rapporté des cas intéressants.

Dans le cas de Guéniot (1), la vésicule biliaire, enlevée par Routier, avait seize centimètres de long sur cinq centimètres de large et ses parois considérablement épaissies mesuraient quatre millimètres et demi. Des coupes histologiques montraient un développement énorme de tissu scléreux.

Dans le cas de Morestin (2), la vésicule avait des parois de huit à neuf millimètres d'épaisseur (observation XXXIX). Dans tous ces cas, la vésicule renfermait de la bile et des calculs.

Pour Letulle, cet épaississement de la paroi doit être attribué à des poussées successives d'infection vésiculaire subaiguë.

b) Cholécystite calculeuse à *petite vésicule* (observation XXVII et XXXIII).

Ayant un aspect complètement différent du précédent, la cholécystite *scléro-atrophique* se rencontre fréquemment au cours de la lithias biliaire : les parois de la vésicule ont subi une transformation scléreuse très accentuée en même temps qu'elles sont revenues sur elles-mêmes,

(1) Société anatomique, novembre 1898.

(2) Société anatomique, avril 1900.

réduisant le volume du réservoir biliaire aux dimensions d'une figue ou d'une olive. Bouchaud (1) a expliqué ingénieusement la formation de ce tissu scléreux ; il compare la vésicule biliaire encombrée de calculs à la vessie luttant contre l'hypertrophie de la prostate, ou au muscle cardiaque luttant contre l'hypertension artérielle ; irritée par la présence d'un calcul, la vésicule se contracte pour le chasser ; par suite de ces contractions répétées, les fibres musculaires s'hypertrophient peu à peu ; mais, ayant à lutter contre un obstacle constant, elles ne tardent pas à s'épuiser ; elles dégénèrent et cèdent la place au tissu conjonctif qui se substitue petit à petit aux éléments nobles. Souvent le travail de sclérose ne se limite pas à la vésicule ; la séreuse péritonéale est intéressée ; d'où formation d'adhérences unissant la vésicule aux organes voisins et formation de péricholécystite.

Dans la cholécystite scléreuse pure, qu'elle soit hypertrophique ou atrophique, les fistules spontanées sont excessivement rares, d'abord parce que, dans ces formes, le processus est essentiellement lent et ensuite parce que le calcul, entouré d'une gangue épaisse de tissu fibreux, ne peut guère se frayer un passage à travers la paroi vésiculaire.

Mais fréquemment la forme purulente et la forme fibreuse s'associent. De telles lésions s'observent de préférence lorsque la vésicule contient des calculs petits, mais multiples ; au processus de sclérose s'ajoute un processus inflammatoire aigu ; les calculs produisent des érosions

(1) Bouchaud. Archives de médecine, 1880.

de la muqueuse, les agents pathogènes y pénètrent ; la leucocytose s'établit, des amas de globules blancs et de cellules embryonnaires se constituent qui sont le point de départ de petits abcès. C'est ainsi qu'on peut trouver du pus dans la vésicule, des abcès dans l'épaisseur de ses parois et enfin des foyers purulents autour d'elles, ces derniers constituant la paracholécystite de Longuet. Cholécystite purulente et cholécystite scléreuse, péri-cholécystite et paracholécystite, telles sont les lésions observées.

Il reste à déterminer pourquoi, au cours de la lithiasé, la vésicule est tantôt revenue sur elle-même et réduite à des dimensions minimales, et tantôt augmentée de volume ; faut-il faire jouer un rôle à la nature des germes infectieux, à l'évolution plus ou moins rapide du processus, au nombre des calculs ? C'est là un point délicat à résoudre ; il est probable que ces diverses causes agissent : il est probable aussi que la façon dont s'est produite l'occlusion du cystique a une influence marquée sur l'état de la vésicule qui subit une tension plus ou moins forte ; au cours d'une obstruction brusque, complète, du cystique la vésicule, surprise, se laissera distendre, fait qui ne se produira pas si l'occlusion est partielle ou si elle s'effectue lentement.

Quel que soit l'aspect anatomique de la vésicule, elle montre en un point de ses parois un orifice anormal établissant la communication avec la fistule cutanée. Les perforations de la vésicule, beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, plus fréquentes aussi à un âge avancé de la vie, résultent d'un travail ulcéra-

tif consécutif à l'inflammation des parois de l'organe et favorisé par la présence des calculs. La perforation de la vésicule siège le plus souvent au niveau du fond, quelquefois sur le corps, moins souvent sur le col. Dans 28 cas cités par Courvoisier, elle siège 21 fois sur le fond, 4 fois sur le corps, 3 fois sur le col. Des calculs ont été trouvés engagés dans l'orifice de perforation.

Les divers lésions décrites précédemment et intéressant la vésicule biliaire sont celles qu'on observe avant la formation de la fistule ou durant les premiers temps qui suivent l'établissement définitif de cette fistule. Ultérieurement, la vésicule peut présenter un aspect tout différent de l'aspect primitif, conséquence naturelle de l'évolution morbide. Séparée des voies biliaires par l'oblitération du cystique, la vésicule ne joue plus le rôle de réservoir musculéux et contractile ; altérée dans ses parois, elle ne constitue plus qu'un drain conduisant au dehors mucosités et pus ; c'est dire que souvent elle se présente sous la forme d'un canal fibreux plus ou moins étroit, plus ou moins sinueux, unissant le cystique à la paroi abdominale.

II. PÉRICHOLÉCYSTITE ET TRAJET FISTULEUX

Dans les cas de *fistule opératoire*, le trajet fistuleux se réduit à son minimum, par suite de la suture immédiate de la vésicule au péritoine pariétal.

Mais, dans les cas de *fistule pathologique*, les lésions sont plus complexes et se présentent sous deux aspects principaux.

Tantôt la vésicule a conservé son orientation primitive et, par suite de sa dilatation, s'est trouvée en rapport de contiguïté avec la paroi abdominale. Dans de telles conditions, la péricholécystite est réduite à son minimum et n'est représentée que par des adhérences courtes reliant la vésicule perforée au péritoine pariétal. Ce sont là *les fistules directes*.

Tantôt la vésicule s'est trouvée éloignée de la paroi abdominale par suite de déviation ou de rétraction plus ou moins prononcée. La distance comprise entre le réservoir biliaire et la paroi est comblée par des adhérences, celles-ci limitant une cavité intermédiaire, un véritable cloaque. Les fistules, dites *indirectes* dans ce cas, ont souvent un trajet tortueux, irrégulier, décrivant des sinuosités dans l'épaisseur de la paroi abdominale ou au milieu des adhérences péritonéales.

III. ETAT DE LA PAROI ABDOMINALE

L'orifice cutané de la fistule est généralement situé au niveau du fond de la vésicule, c'est à dire sous le rebord costal droit. Souvent l'orifice siège dans l'hypocondre droit, mais à une certaine distance du rebord costal. Enfin, il occupe assez fréquemment la région ombilicale au-dessus ou au-dessous, à gauche ou à droite du nombril. Leguelinel de Lignerolles (1) a rapporté huit cas de fistules ombilicales ou pré-ombilicales. Dans des circonstances beaucoup plus rares, la fistule vient

(1) Thèse de Paris, 1869.

s'ouvrir dans la fosse iliaque, dans la région inguinale, à l'épigastre.

Sur une statistique de 169 cas, faite par M. Schwartz (1), 85 fois la fistule s'ouvrait à l'hypochondre et 49 fois à l'ombilic.

(1) Schwartz. — Chirurgie du foie, 1901.

OBSERVATIONS

A. — FISTULES D'ORDRE CHIRURGICAL.

Fistules consécutives à une *simple ponction*.

OBSERVATION I (résumée).

(Fleury, *Loire médicale*, 15 décembre 1884).

F. Joseph, Alsacien, âgé de 43 ans, jardinier. A la suite de coliques hépatiques répétées, douleurs dans l'hypochondre droit, et, à ce niveau, tuméfaction symptomatique de cholécystite et de péritonite circonvoisine.

Le 5 août 1882, un chirurgien de Lyon pratique une *ponction exploratrice*: issue de quelques gouttelettes de sang; deux jours après, suintement purulent accompagné d'une poussière jaunâtre. Dans la suite issue de pus et de calculs.

Le 25 novembre 1882, écoulement de bile et de boue visqueuse de couleur brune. En janvier 1883, le docteur Ollier tente une intervention; incision couche par couche des parties molles, sans dépasser la paroi abdominale; l'on met à nu dans son épaisseur une petite cavité renfermant un calcul entier et un fragment d'un autre. Au fond, un petit orifice conduit aux parties profondes; un stylet introduit prudemment s'arrête à courte distance.

Après l'opération, il persiste une ouverture donnant passage au drain et à *du pus mélangé de mucus*.

En juillet 1884, c'est-à-dire deux ans après le début, la fistule persiste toujours ; chaque fois que l'orifice extérieur tend à s'obstruer, il survient de la pesanteur et même de la douleur dans l'hypochondre droit.

OBSERVATION II (résumée).

(Leclerc, *Gazette des hôpitaux*, 1883).

Femme de 67 ans, cuisinière.

En décembre 1857, douleurs à l'épigastre et à droite de l'ombilic.

En avril 1858, tumeur saillante de l'hypochondre droit.

Le 8 avril; *ponction* donnant issue à une grande quantité de pus sanieux et fétide. Injection à l'eau chlorurée, puis mélangée de teinture de quinquina.

Pendant 4 ans il persiste une fistule d'où s'écoule par intervalles de la *sérosité purulente*. La malade est obligée de se garnir avec un morceau de sparadrap,

En janvier 1861, issue spontanée d'un gros calcul ayant le volume d'un œuf de pigeon. La fistule finit par se cicatriser.

Fistules consécutives à une *cholécystostomie*.

OBSERVATION III (résumée).

(Kœnig, XI^e congrès de chirurgie allemande. — Reproduite par Morin, in *thèse*, Paris 1894).

Femme de 47 ans.

Débuts : depuis 8 ans, troubles digestifs, vomissements, pas d'ictère, — Aggravation depuis deux ans et apparition d'une tumeur dans l'hypochondre droit.

Etat. Dans le flanc droit, tumeur grosse comme le poing, fluctuante, lisse, libre à sa partie inférieure, suivant les mouvements respiratoires du foie.

Opération. Laparotomie sur le bord externe du grand droit. Suture de la vésicule au péritoine et à la paroi. Le dixième jour, ouverture de la vésicule; issue d'un liquide clair et muqueux, extraction de 40 calculs.

Suites, *fistulette persistante, liquide muqueux.*

OBSERVATION IV (résumée).

(Mayo Robson, *Medical Times*, octobre 1885, même thèse).

Femme de 22 ans.

Début: Vomissements et constipation opiniâtres.

Etat: Tumeur dans l'hypochondre droit, malaises persistants.

Opération. Après une ponction exploratrice ayant donné un liquide semblant venir d'un kyste, laparotomie; ponction de la vésicule; suture et ouverture de la tumeur dont on extrait de petits calculs. On ne trouve pas de calculs dans le canal cystique.

Suites: Cessation immédiate des vomissements. Sept mois après, fermeture de la fistule.

Le mois suivant, réouverture de la fistule et issue de *liquide muco-purulent*.

OBSERVATION V

(Eddover. *Brit. med. Journal*, mai 1884, même thèse.)

Femme de 53 ans.

Début: existence d'une tumeur dans l'hypochondre droit depuis 7 ans.

Opération: Laparotomie, ponction de la vésicule, liquide

muqueux. Ouverture de la vésicule ; pas de calculs ; suture à la peau.

Suite : *fistule muqueuse persistante*

OBSERVATION VI

(Hofmokl. *Wiener med. Presse*, 1887, n° 25, même thèse.)

Femme de 45 ans.

Début (?)

Etat. Tumeur dans l'hypochondre droit.

Opération. Laparotomie, incision de la vésicule, extraction de deux gros calculs.

Suite. Vingt-trois jours après, *fistule donnant du muco-pus*. Pas de bile.

OBSERVATION VII

(Hutchison. *Med. News*, 22 mai 1886, même thèse.)

Femme de 40 ans.

Début : douleurs dans l'hypochondre droit depuis 12 ans.

Etat : tumeur abdominale, mobile, en contact avec le foie, non douloureuse à la pression, arrondie, dépassant l'ombilic, étendue jusqu'au ligament de Poupert. Foie normal, jamais d'ictère. On diagnostique un kyste de l'ovaire.

Opération. Laparotomie exploratrice ; ponction de la vésicule ; issue de liquide muco-purulent avec cholestérine. Ouverture de la vésicule ; extraction d'un calcul et d'un autre fixé dans le canal cystique.

Suite : *fistule muco-purulente* fermée au bout de six semaines.

OBSERVATION VIII

Matlakowski. *Gazeta Lekarska*, 1891, même thèse.)

Femme de 47 ans.

Présente une tumeur de l'hypochondre droit.

Opération : cholécystostomie, suture seconde.

Suite : *fistule muqueuse rebelle*.

OBSERVATION IX

(Périer. Congrès français de chirurgie, 1891, même thèse.)

Femme de 36 ans.

Début : depuis deux ans, douleurs hépatiques, vomissements, pas d'ictère.

Etat : douleurs persistantes, tumeur dure, ronde, bosselée, sensible à la pression, fixée au foie, non fluctuante.

Opération. Laparotomie ; la vésicule est enfermée dans une masse épiploïque adhérente ; ponction : liquide épais, filant, jaunâtre puis mêlé de sang. Ouverture de la vésicule, toilette de la cavité ; aucune concrétion. Suture de la plaie vésiculaire à la plaie abdominale. Drainage.

Suites. Pendant quelques jours, *suintement brunâtre*, puis *séreux*.

Le onzième jour, on enlève les fils ; le douzième jour, l'on enlève le drain.

Six semaines après, persistance d'une fistule donnant passage à un *liquide verdâtre, sans éléments biliaires*.

OBSERVATION X

(Mayo Robson, *Med. Times*, octobre 1885, même thèse.)

Femme de 34 ans.

Début : en juin 1884, douleurs hépatiques sans ictère, appa-

rition dans l'hypochondre droit d'une tumeur grosse comme un œuf.

Opération (juillet 1885). Laparotomie, ponction de la vésicule ; aspiration d'un liquide clair ; ouverture de la vésicule, extraction de 8 calculs du canal cystique, suture de la plaie vésiculaire et de la plaie cutanée. Drainage.

Suites : le 17^e jour, *fistulette muqueuse persistante*.

OBSERVATION XI

(Lawson Tait. *Brit. Med. Journal*, même thèse).

Femme de 28 ans.

Début : souffre depuis sa jeunesse.

Etat : tumeur dans l'hypochondre droit, fluctuante ; pas d'ictère, urines normales.

Opération. Laparotomie sur la tumeur, ponction de la vésicule dont on retire 500 grammes de liquide glaireux, muqueux ; ouverture et suture de la vésicule à la paroi. Drainage.

Suites : 50 jours après, fistule persistante laissant écouler *un liquide muqueux*.

OBSERVATION XII

(Taylor. *Brit. med. journal*, janvier 1888, même thèse.)

Femme de 43 ans.

Début : il y a neuf semaines, pas d'ictère, pas de troubles digestifs, apparition d'une tumeur douloureuse dans le flanc droit.

Etat : tumeur dure, arrondie, non fluctuante, mobile, ne présentant pas de connexion nette avec le foie ou le rein. On porte le diagnostic de tumeur solide, sans doute cancéreuse de l'épiploon.

Opération : laparotomie, l'on trouve une vésicule biliaire distendue ; ponction, issue de 250 grammes de liquide mucopurulent, incision de la poche, exploration digitale, pas de calculs ; sensation analogue à celle des colonnes de la vessie dans certains cas de lithiase. Suture de la plaie vésiculaire à la plaie abdominale. Drainage.

Suite : guérison en un mois, avec une *fistule persistante* par où s'écoule un peu de *mucopus*. Il n'est jamais passé de bile par la fistule.

OBSERVATION XIII (résumée).

(Monod. *Société de chirurgie*, 20 mai 1896.)

Femme de 44 ans.

Début : en mai 1892, première crise de colique hépatique, sans ictère ni décoloration des selles ; en juillet 1895, deuxième crise de colique hépatique sans ictère, mais avec décoloration des selles.

Etat : derrière le muscle droit, tumeur petite, lisse, peu douloureuse à la pression, suivant les mouvements respiratoires ; le foie déborde largement les fausses côtes.

Opération. Laparotomie le 28 janvier 1896 ; incision sur le bord externe du muscle droit. Ponction : issue de 50 grammes environ d'un liquide clair, incolore ; l'ouverture est agrandie et la vésicule explorée. Elle est absolument vide. Ce n'est qu'avec l'extrémité du doigt qu'on arrive à sentir un calcul engagé dans le canal cystique, et semblant faire corps avec la paroi du canal. L'on essaye vainement de le déloger soit avec des pinces, soit avec de petites curettes ou de l'écraser par pression externe. L'on se contente alors de fixer la vésicule ouverte à la paroi, d'après le procédé de Delagénrière.

Suites : Le 9 mars, existence d'une ouverture fistuleuse donnant issue à *du liquide muqueux*. On sent toujours, par l'explora-

tion au stylet, le calcul à 10 centimètres environ de profondeur.

Le 25 avril, *persistance de l'orifice fistuleux encore réduit de volume et ne fournissant qu'une quantité insignifiante de liquide.*

OBSERVATION XIV (résumée).

Rétrécissement fibreux, d'origine biliaire, du pylore; gastro-entérostomie postérieure; cholécystostomie; fistule muco-purulente. Von Hacken, Wien-klin. Wochens, 1892, n° 47, p. 677, citée par Marchais in thèse, Paris, 1898.

Femme âgée de 41 ans.

Début : Depuis neuf mois, troubles digestifs (nausées, vomissements, douleur après le repas, léger amaigrissement), troubles qu'on attribue à une compression de pylore d'origine biliaire.

Opération. Laparotomie; après avoir fait une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique, l'on trouve une vésicule biliaire augmentée de volume et remplie de calculs.

Suture de la vésicule biliaire au péritoine pariétal. Six jours après, section de la vésicule au thermo-cautère; l'on retire neuf calculs polyédriques et un liquide trouble et visqueux. Dans la suite, écoulement de pus, puis d'un liquide visqueux d'abord trouble, ensuite clair.

Suites. L'on tente souvent de dilater la fistule, car, lors de son exploration, l'on avait senti des rugosités, mais on ne trouve plus de calculs; il s'agissait probablement d'une rugosité pariétale. Drainage, lavage au sublimé faible.

Douze jours après, l'on supprime complètement les drains.

Douze jours plus tard, la malade sort de l'hôpital ayant une petite fistule dont l'orifice n'admet qu'une aiguille à tricoter,

La malade est revue 50 jours après sa sortie; persistance de la fistule donnant issue à une petite quantité de liquide visqueux.

OBSERVATION XV (résumée).

Cholécystite purulente non calculeuse. Cholécystostomie de Sims. Guérison avec fistule permanente. Taylor, *British med. Journal*, 1885 ; citée par Longuet, *in thèse*, Paris, 1896.

Femme de 43 ans, pâle et ayant mauvaise mine.

Début : depuis neuf semaines environ, souffre d'une tumeur du côté droit.

Etat : on trouve, à droite de l'ombilic, une tumeur dure, arrondie, très mobile ; on ne peut déterminer aucune connexion de la tumeur avec le foie ou le rein. Pas de fluctuation appréciable. Pas d'ictère.

Opération : faite le 5 septembre 1884 ; laparotomie médiane ; l'on trouve que la tumeur est une vésicule biliaire distendue. L'on protège le péritoine à l'aide d'éponges ; ponction de la tumeur avec un trocart courbe et une canule ; on recueille huit onces de liquide muco-purulent clair. L'on élargit la vésicule : un doigt introduit dans son intérieur sent une muqueuse épaissie et inégale, comme la muqueuse de la vessie chroniquement enflammée ; mais *il ne sent aucun calcul biliaire*. Le docteur Savage contrôle mon examen. Suture de la vésicule au péritoine pariétal. Drainage avec un tube en verre.

Suites ; écoulement sanguinolent par le tube à drainage pendant les deux ou trois premiers jours. La malade quitte l'hôpital quatre semaines après son entrée à l'hôpital, portant *une fistule muco-purulente* ; aucun écoulement de bile n'est venu de la vésicule depuis l'opération.

L'auteur fait suivre cette observation des remarques suivantes : J'ai pensé, en n'arrivant pas à découvrir de calcul, que le genre de cholécystite qui existait évidemment était plutôt une cause qu'une conséquence d'obstruction et qu'avec le repos de la muqueuse enflammée assuré par un large drainage du contenu de la vésicule, l'augmentation du volume cesserait, le canal cystique redevenant perméable.

OBSERVATION XVI (résumée).

Cholécystite suppurée non calculeuse. Cholécystostomie en deux temps. Fistule muco-purulente. Guérison. Lucke, dissertation inaugurale. Strasbourg, 1887, citée par Longuet, in *thèse*, Paris 1896.

Femme de 32 ans, de petite taille, suffisamment résistante.

Etat : porte dans l'hypochondre droit une tumeur dure, volumineuse, sensible à la pression, dépassant l'ombilic de quelques doigts à gauche, à droite se prolongeant sur la ligne mamelonnaire ; dans les environs de l'ombilic, elle est large de deux doigts et se continue avec le foie.

Opération : laparotomie latérale ; l'on arrive sur une vésicule biliaire à paroi épaissie et adhérente au bord inférieur du foie. Suture de la vésicule au péritoine pariétal, puis l'on ferme l'incision abdominale ; la région conservée pour la fistule est couverte d'iodoforme.

Pansement antiseptique. Trois jours après ouverture de la vésicule : il s'échappe du *mucus* et du *pus* (800 grammes de pus d'odeur fade) ; *il n'existe aucun calcul, aucune concrétion* ; il s'écoule encore 300 grammes de liquide formé de mucus mélangé à du sang. Lavage au sublimé faible. Drainage. Pansement.

Suites immédiates : écoulement abondant par la fistule. Aucun calcul. La vésicule reprend peu à peu son volume.

Suites éloignées : *Guérison complète de la plaie et de la fistule.*

B). — FISTULES D'ORDRE PATHOLOGIQUE OU FISTULES
SPONTANÉES.

OBSERVATION XVII (résumée).

Tumeur de la vésicule biliaire. Issue de pus et de calculs nombreux. Récidive. Fistule. Guérison. — Lombart, Recueil périodique de la Société de médecine de Paris, tome VI, p. 93, reproduite par Fauconneau-Dufresne, in *Traité de l'affection calculeuse du foie et du pancréas*, Paris, 1851.

Femme souffrant de douleurs sourdes dans l'hypochondre droit depuis deux ans. L'acuité des douleurs la force ensuite à se reposer et à consulter un chirurgien, qui constate une tumeur dans cette région. Application d'émollients : la fluctuation se produit. Incision : il s'échappe du pus et des calculs biliaires. Six ans après, réapparition de la tumeur. Nouvelle incision : écoulement de *pus séreux* et sortie d'une pierre biliaire. Injections détersives. La plaie se cicatrise en partie ; il reste *un petit trou fistuleux qui suinte de temps à autre*. Cautérisation de la plaie avec la pierre infernale. *Guérison*.

OBSERVATION XVIII (résumée).

(Recueillie par Fauconneau-Dufresne lui-même et reproduite dans le même traité.)

M. T.... employé des finances, âgé de 63 ans, bonne constitution, tempérament sanguin, vie sédentaire.

Il y a huit ans, crises de coliques néphrétiques, qui cèdent à deux saisons faites à Vichy.

Plus tard, coliques hépatiques nécessitant un troisième séjour à Vichy. Peu de temps après la dernière cure thermale,

formation. dans l'hypochondre droit, d'une tumeur ayant le volume du poing ; un chirurgien de Versailles fait trois applications triangulaires de caustique de Vienne sur la tumeur.

L'application la plus interne donne issue à quelques gouttes de liquide puis se referme.

Les deux autres applications donnent issue à des mucosités teintées de bile ; le trou inférieur se referme, mais le trou supérieur donne passage à 25 calculs.

L'ouverture supérieure persiste *fistuleuse* : il en sort une *mucosité rosée* qui est de jour en jour moins teintée de bile. Il en sort assez pour que le malade soit obligé d'y maintenir un tampon de charpie.

Fauconneau ajoute : « Il me paraît certain que le canal cystique est bouché depuis longtemps, puisqu'il ne s'est pas échappé de bile quand l'ouverture a eu lieu et qu'il n'en a pas paru depuis. »

OBSERVATION XIX (résumée).

Issue de calculs biliaires par un abcès au-dessus du nombril.

Fistule purulente. Guérison. (Docteur Alli de Brünn. Oester, med. Jahr. Bd. XII, Heft 1, in Arch. med., 1839, p. 235. Reproduite par Deschamps, in *thèse*, Paris, 1886.)

Femme de 46 ans, de bonne santé jusqu'en 1829.

En 1829, métrorrhagie ayant duré un mois.

En 1830, douleur dans l'hypochondre gauche.

En 1831, apparition d'une tumeur dans cette région, persistant sans grande modification jusqu'en 1834.

En juillet 1834, vives douleurs dans l'hypochondre et formation d'un abcès qui s'ouvre et donne issue à une quantité considérable de *pus* ; l'ouverture reste fistuleuse, les bords en sont durs, douloureux, enflammés.

En octobre, issue d'un calcul biliaire : amaigrissement prononcé, fièvre continue, avec exacerbation le soir ; sueurs

nocturnes, constipation, urines épaisses et glaireuses. La fistule a les dimensions d'une lentille : un stylet arrive, à la profondeur d'un pouce, sur un corps dur et immobile. On agrandit l'ouverture au moyen de l'éponge préparée.

Le 25 novembre, le calcul devient mobile ; le chirurgien, voulant le saisir avec des pinces, le brise et retire quatre gros fragments et quelques autres plus petits. Après cette extraction, les douleurs diminuent, mais la fistule persiste.

En mai 1895, un quatrième calcul est retiré.

L'ouverture se ferme quinze jours après, et, un mois plus tard, la malade est guérie.

OBSERVATION XX (résumée).

Fistule biliaire de l'hypochondre droit. Guérison spontanée.
(Tampelini, Société de médecine de Moulins, 1845, reproduite par Diancourt, in *thèse*, Paris 1901)

Vieillard de 60 ans.

Atteint, en 1838, d'une pneumonie de la base droite, accompagnée d'hépatite, il guérit de sa pneumonie, mais souffre d'une douleur persistante dans l'hypochondre droit.

En 1839, augmentation des douleurs.

En 1842, formation, dans la région douloureuse, d'une tumeur qui se ramollit et donne issue à un *pus blanc, sale, épais, inodore*. L'ouverture reste fistuleuse.

En 1844, issue d'un fragment de calcul ; cicatrisation de la fistule.

Six mois après, les douleurs reparaissent : la cicatrice se rompt et laisse passer un autre fragment de calcul s'adaptant très bien au premier.

La fistule se ferme pour ne plus se rouvrir.

OBSERVATION XXI (résumée).

Tumeur biliaire ouverte spontanément à la région ombilicale.

Issue d'un calcul. Fistule (recueillie par le docteur Leroy des Barres, de Saint-Denis, citée par Leguelinel de Lignerolles, in *thèse*, Paris, 1869).

M..., menuisier de 41 ans, se plaint, depuis quelque temps, de douleurs à la région ombilicale qu'il attribue à la pression continuelle de cette région contre son établi.

8 février 1862 : existence, à l'ombilic, d'une tumeur rouge, grosse comme une noix, douloureuse à la pression, fluctuante.

9 février : ouverture spontanée de la tumeur : issue d'un calcul et de liquide séro-purulent.

La fistule, siégeant sur la ligne blanche, un peu au-dessous de l'ombilic, se cicatrise au bout de 8 jours ; dans la suite, elle présente des alternatives de réouverture et de guérison, donnant passage à *du pus séreux*, mais non à de nouveaux calculs.

En mai 1868, ictère, ascite, cachexie ; le malade succombe en octobre aux progrès d'un cancer du foie et de l'estomac.

OBSERVATION XXII (résumée).

Tumeur biliaire faisant saillie à la région ombilicale. Fistule donnant issue à des calculs et à du pus. (Docteur John Cockle, Med. Times and Gaz. may 10 1862, p. 459, citée par Leguelinel de Lignerolles.)

Femme de 59 ans.

Depuis 9 jours, douleurs abdominales violentes, nausées, vomissements ; absence d'ictère, selles normales, urines un peu troubles.

Actuellement, souffre dans l'hypochondre droit ; au niveau de la région ombilicale, existence d'une tumeur qui rougit,

s'enflamme et s'ouvre spontanément : issue, huit jours après, de 14 petits calculs de cholestérine et d'une *quantité considérable de pus*.

Quelques jours après, issue de trois calculs.

Dans la suite, persistance du trajet fistuleux situé à 2 centimètres au-dessous et à droite de l'ombilic : écoulement de *liquide sérc-muqueux*.

Extraction d'un nouveau calcul engagé dans le trajet.

Trois semaines plus tard, un autre calcul pénètre dans le trajet et s'arrête à deux centimètres de l'ouverture : par prudence, on n'essaye pas de l'extraire.

OBSERVATION XXIII (résumée).

Tumeur de la région ombilicale..Abcès. Plaie fistuleuse donnant issue à des calculs biliaires et à du pus. (Union médicale, 1859, page 465.)

Mme X..., 65 ans, atteinte de gastrite chronique.

En 1857, souffre de douleurs vagues dans l'hypochondre droit.

Dans la suite, existence d'une tumeur dure, douloureuse, non bosselée, allant de l'hypochondre droit à l'ombilic. Cette tumeur s'abcède et s'ouvre en un point voisin de l'ombilic : il s'en écoule une *quantité considérable de pus blanchâtre et de bonne nature*.

En mars 1858, issue d'un calcul biliaire.

Pendant plus de six mois, issue de calculs ; alternatives de cicatrisation et de réouverture. Dans la suite, amaigrissement et mort avec ictère grave

OBSERVATION XXIV (résumé).

Abcès de la vésicule biliaire. Fistule purulente. Dilatation du trajet avec la canule et l'éponge préparée. Sortie de plusieurs calculs.

(Observation du docteur Piorry, reproduite par Fauconneau-Dufresne, in traité de l'affection calculieuse du foie et du pancréas. Paris, 1851.)

Femme de 44 ans.

Se plaint de douleurs au niveau du bord inférieur du foie. A ce niveau elle présente une tumeur et un empâtement notables.

Incision au bistouri : il s'échappe *une grande quantité de pus.*

L'on dilate le trajet avec la canule, puis l'éponge préparée : l'on facilite ainsi la sortie de trois énormes calculs biliaires. La fistule se cicatrise.

Dans la suite, il se forme un deuxième abcès, puis un troisième abcès suivi de mort.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XXV (résumée).

Calcul biliaire. Ulcération de la vésicule. Péritonite. Abcès consécutif. Fistule donnant passage à du pus et à des calculs. (Reichardt, in Gazette médicale de Strasbourg, 1879.)

Femme de 60 ans, de constitution robuste, un peu obèse.

20 octobre 1878: se plaint de douleurs vives dans la moitié droite de l'abdomen ; ventre ballonné, douloureux à la pression ; fièvre, constipation ; les phénomènes se sont aggravés depuis trois jours, puis ils diminuent et disparaissent quinze jours après.

Décembre 1878, la malade se plaint d'une tumeur volumineuse, fluctuante, occupant toute la moitié droite de l'abdomen. Cette tumeur s'ouvre spontanément et laisse écouler une grande quantité de *pus crémeux, de bonne nature*, si épais qu'il se moule sur l'ouverture. L'ouverture est circulaire, située sur la ligne médiane, à deux centimètres et demi au-dessous de l'ombilic. Grâce à un bandage serré, le pus se vide bien.

Février 1879, issue spontanée de trois calculs biliaires.

Persistance de la fistule : le pus coule moins abondamment mais il ne renferme aucun des éléments de la bile.

OBSERVATION XXVI (résumée.)

Tumeur de l'hypochondre droit. Fistule purulente.

(Viple, in *thèse*, Paris, 1876.)

Le nommé G... âgé de 48 ans, tailleur. Se présente le 5 novembre à la consultation de la Charité.

Depuis 15 mois, douleurs continues dans l'hypochondre droit. Diminution de l'appétit, mais absence de nausées, de vomissements, d'ictère

Il y a cinq mois, formation, dans la même région, d'une tumeur saillante au dessous du rebord des fausses côtes. Cette tumeur se ramollit, et à la suite d'une application de potasse caustique, elle donne passage à une quantité considérable de *pus rougeâtre* qui ne s'est pas tari.

Depuis quelques jours, les douleurs ont augmenté d'intensité, avec irradiations dans l'épaule droite : le malade sent dans le fond de la plaie un corps dur dont les aspérités piquent les parties molles ; un ami du patient extrait ce corps avec des ciseaux ; il s'ensuit un soulagement assez appréciable et un *écoulement séro-sanguinolent*. Ce corps dur était un calcul biliaire du volume d'un pois.

Etat actuel (5 novembre).

Il existe, au rebord des fausses côtes droites, à trois pouces en dehors de la ligne médiane une plaie de dix lignes de diamètre, irrégulièrement arrondie, qui verse *un pus séreux assez abondant*. Un slyet, introduit dans la fistule, se dirige d'avant en arrière et un peu de bas en haut ; il est arrêté bientôt par un corps étranger dur auquel on imprime facilement des mouvements. Une pince, introduite immédiatement après, peut facilement en extraire un seul calcul moins volumineux que le premier et présentant tous les caractères des calculs biliaires. Les selles sont normales : il n'y a ni constipation, ni décoloration des matières fécales.

Quant à la fistule, elle ne verse que *du pus légèrement sanguinolent et ne laisse point échapper de bile*.

OBSERVATION XXVII (Résumée).

Abcès de la région ombilicale. — Incision. — Fistule donnant issue à du pus et à des calculs biliaires (Viple, in thèse Paris 1876).

Mlle E. . . , ancienne domestique, âgée de 65 ans, en traitement à l'hospice de La Rochelle, pour une gastrite chronique due à l'excès de boissons spiritueuses.

Il y a deux ans, douleurs abdominales, prédominantes dans l'hypochondre droit ; existence à ce niveau, d'une tumeur du volume du poing, douloureuse à la pression, partant de l'ombilic et se dirigeant en haut et en dehors. Bains, cataplasmes émollients, frictions avec une pommade iodo-mercurielle. Dans la suite, la tumeur se ramollit en un point voisin de l'ombilic ; formation d'un abcès ouvert à la lancette : il en sort une assez grande quantité de *pus blanchâtre, de bonne nature*. Drainage avec une petite mèche et pansement.

Malgré la suppression de la mèche, la plaie reste fistuleuse pendant longtemps.

L'année suivante, plusieurs calculs biliaires sortent sponta-

nément, sans être accompagnés d'aucun écoulement biliaire; la fistule présente des alternatives nombreuses de cicatrisation et de réouverture.

La malade, dans la suite, s'amaigrit, devient ictérique et succombe.

A l'autopsie, l'on trouve difficilement la vésicule qui est petite, détruite partiellement, rétractée sur un calcul; elle ne renferme aucune trace de bile ni d'autre liquide.

OBSERVATION XXVIII (résumée).

Colique hépatique. — Oblitération du canal cystique. — Absès de la vésicule. — Fistule abdominale donnant passage à un liquide muco-purulent et à des calculs (Chaudron, in thèse, Paris, 1878).

La comtesse X..., âgée d'environ 54 ans.

Vient consulter le 8 juin 1867 pour une fistule dont elle est affectée à la paroi abdominale et donne les renseignements suivants :

Dans l'automne de 1866, crise de colique hépatique, avec ictère et vomissement, terminée au bout de deux ou trois semaines.

A la fin de 1866, douleurs persistantes dans la région du foie avec fièvre, mais sans ictère. Développement anormal de l'hypochondre droit. Formation, dans cette région, d'un abcès qui est ouvert à la potasse : il s'écoule *un demi-litre de pus assez louable, non mélangé de bile*. L'état s'améliore.

Quelques semaines plus tard, apparition d'un petit abcès superficiel qui s'ouvre à l'ombilic; cette seconde ouverture se ferme rapidement, mais la première persiste à donner issue à de petites quantités de liquide glaireux, de pus et quelquefois de sang. Cette ouverture est située à environ deux pouces au-dessus et à droite de l'ombilic; elle est légèrement déprimée au dessous de la surface et est entourée de tous côtés, sur

une étendue de deux pouces, d'une induration des parois abdominales qui en haut, prend la dureté de la pierre. La malade se plaint de tiraillements douloureux autour de l'ouverture et dans l'hypochondre droit, et de temps en temps de nausées, et de maux de tête; mais il n'y a pas d'autres indices d'un trouble général de l'organisme.

Le 28 juillet 1867, issue du premier calcul biliaire, occasionnant une vive douleur, évacuation *d'une grande quantité de pus jaune, épais.*

Le 15 août, issue de 3 calculs, même douleur, même évacuation de pus mélangé d'un peu de sang.

En septembre et en octobre, 3 autres calculs passent.

En décembre, issue d'un calcul polygonal, d'un demi-pouce de diamètre.

En janvier 1868, sortie d'une autre concrétion.

Puis, l'induration qui entoure l'ouverture diminue considérablement; l'ouverture n'a plus qu'une ligne de diamètre et est rétractée au fond d'une dépression profonde, avec plissement et induration de la peau tout autour.

Pusieurs fois, l'ouverture montre une tendance à se fermer et l'on doit recourir aux caustiques. L'on essaye une fois la dilatation, mais l'on détermine une telle douleur que l'on renonce à ce moyen.

En juin 1868, sort le dernier calcul.

L'ouverture continue à donner du pus et ne se ferme qu'en août 1869.

OBSERVATION XXIX (résumée).

Abcès de la vésicule biliaire. Incision. Fistule purulente.

Guérison. (Marchais, in thèse, Paris 1898).

M. B..., 27 ans, officier d'artillerie démissionnaire.

Depuis plusieurs années, présente des troubles abdominaux: douleurs violentes survenant par crises, ectasie gastrique, état

neurasthénique prononcé, jamais d'ictère. L'on pense à des coliques hépatiques et l'on prescrit le séjour à la campagne, avec un traitement médical approprié.

Quelque temps après, l'on est appelé auprès du malade qui est alité, souffre du ventre et a de la fièvre. A la palpation, l'on découvre au niveau et à droite de l'ombilic, recouverte par une peau normale, une tumeur résistante, non fluctuante, douloureuse à la pression. L'on pense qu'il s'agit d'un rein flottant immobilisé dans sa position vicieuse.

La docteur Tuffier, examinant à son tour le malade, découvre sur le bord externe du muscle droit une tuméfaction pâteuse et phlegmoneuse; l'œdème et la rougeur légère font penser à une collection suppurée autour de la vésicule. Incision verticale au point culminant; issue d'un pus noirâtre. Drainage.

Au bout de six semaines, la guérison est obtenue; à aucun moment, il n'y a eu d'écoulement biliaire. Mais il persiste une fistule suintante qui finit par se tarir complètement.

Plus tard, le malade présentant des phénomènes accusés de sténose du pylore, l'on fit une laparotomie médiane et l'on trouva une masse cicatricielle indurée, allant de la vésicule jusqu'au duodénum, et comprimant la région pylorique.

OBSERVATION XXX

Cholécystite tuberculeuse avec fistule. Czerny Nermann
(citée par Longuet, in thèse Paris, 1896).

Femme de 44 ans, briquetière, tuberculose avancée.

Début : depuis six mois, abcès de la paroi abdominale du côté droit qui fut incisé par un médecin et donna beaucoup de pus. Depuis, persistance d'une fistule. Pas de douleurs hépatiques.

Etat : Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, en connexion avec le foie, qui atteint par son extrémité convexe la ligne de l'ombilic et de l'hypogastre.

La peau n'est adhérente à la paroi qu'au niveau de la fistule qui sécrète du pus en abondance.

Opération (18 septembre 1891).

Une fente verticale de la fistule conduit librement dans une cavité granuleuse sous-jacente de laquelle un trajet fistuleux conduit dans la grosse tumeur, mais sans admettre la sonde jusque-là. Incision de ce trajet jusqu'au voisinage de la première fistule. Après l'évacuation de deux cuillerées de *pus caséeux*, on arrive dans une cavité sous-jacente, connexe, ressemblant à la vésicule par sa forme et dont les parois sont épaissies, enflammées.

Curettage des granulations. Tamponnement avec la gaze au chlorure de zinc au 1/10^e.

Suites : Le deuxième jour, tamponnement à la gaze iodoformée; la malade quitte le service, ayant toujours sa fistule.

SYMPTOMATOLOGIE

Que la fistule soit chirurgicale, ou qu'elle soit spontanée, l'évolution des symptômes peut être divisée en deux périodes :

I. Symptômes précédant la formation de la fistule.

II. Symptômes survenant après la formation de la fistule.

I. SYMPTÔMES PRÉCÉDANT LA FISTULE.

Nous serons très brefs sur cette période, car elle ne rentre pas directement dans le cadre de notre sujet.

1. **Les fistules opératoires** succèdent, le nom l'indique, à une intervention sur la vésicule biliaire, c'est-à-dire à une *ponction* de la vésicule ou, plus souvent, à une *cholécystostomie*. Cette dernière est faite pour une tumeur vésiculaire réalisée par une hydropisie de la vésicule biliaire, une cholécystite catarrhale, une cholécystite purulente, une cholécystite scléreuse.

Dans l'*hydropisie de la vésicule*, on trouve à la palpation, au niveau de l'hypochondre droit, une tumeur bien limitée, régulièrement piriforme, rénitente, donnant à la

percussion une zone de matité reliée au foie par un pédicule quelquefois perceptible à l'exploration, se déplaçant avec le foie qu'elle suit dans les mouvements respiratoires.

La *cholécystite catarrhale* présente des caractères qui diffèrent peu des précédents ; cependant la tumeur est moins volumineuse, plus sensible à la pression ; il existe souvent une teinte subictérique due à l'angiocholite concomitante et des accès fébriles qui trahissent l'infection des voies biliaires.

Dans la *cholécystite suppurée*, la palpation donne au début les mêmes résultats que dans l'affection précédente ; mais, au bout d'un certain temps, il se fait de la péritonite adhésive, de la péricholécystite ; au lieu d'une tumeur nette et régulière, on a alors une masse compacte assez étendue, sans limites bien précises, mate à la percussion, s'accompagnant d'état oedémateux de la paroi abdominale, de circulation collatérale et de fièvre.

Quant à la *cholécystite scléreuse*, accompagnée le plus souvent de péricholécystite, et présentant des parois de un centimètre à un centimètre et demi d'épaisseur, elle donne la sensation d'une zone erpâtée, adhérente au foie dont elle suit les mouvements, sans limites nettes, sans fluctuation.

En définitif, dans ces diverses circonstances, le chirurgien se croit en droit d'intervenir quand il constate deux ordres de faits :

D'une part, la présence d'une tumeur dans l'hypocondre droit, tumeur qui, par ses caractères, paraît d'origine vésiculaire.

D'autre part, l'existence de troubles fonctionnels variés semblant occasionnés par cette tumeur : fièvre, frissons répétés, anorexie, état saburral de la langue, diarrhée, teinte subictérique dans le cas de cholécystite catarrhale et surtout de cholécystite purulente ; phénomènes douloureux, dans le cas de cholécystite scléreuse, douleurs vives, lancinantes, occupant l'hypochondre, irradiant vers la région lombaire, l'épigastre, la fosse iliaque, douleurs revenant par crises paroxystiques, diminuant durant le séjour au lit, augmentant dans la station debout ; ces douleurs sont dues probablement à l'irritation exercée par les calculs sur les parois du réservoir cystique et à la présence d'adhérences unissant la vésicule aux organes voisins.

2. Les fistules spontanées, elles, sont le résultat naturel d'un phlegmon biliaire. Celui-ci ne présente rien de bien particulier ; l'évolution lente est la règle. Le malade se plaint tout d'abord de douleurs plus ou moins vives dans l'hypochondre droit, douleurs réveillées et augmentées par la palpation ; puis la fièvre apparaît. L'on peut sentir profondément un empatement traduisant le travail de péritonite adhésive ; fréquemment il existe des troubles gastro-intestinaux (observation XXII) : inappétence, langue blanche, nausées, vomissements, constipation ou alternatives de constipation et de diarrhée, les urines sont rares et chargées, la soif est vive. Puis, au bout d'un certain temps, apparaît le phlegmon constitué par une tuméfaction rouge, chaude, douloureuse dont l'ouverture se fait soit spontanément, soit à l'aide du bistouri. Dès lors, la fistule est constituée.

II SYMPTOMES CONSÉCUTIFS A L'ÉTABLISSEMENT DE LA FISTULE.

Ils se divisent tout naturellement en signes physiques et en signes fonctionnels.

1) **Signes Physiques**

Lorsque la fistule est d'origine chirurgicale, lorsqu'elle relève d'une cholécystostomie, elle se reconnaît facilement à ses caractères de régularité et à son siège : elle occupe en effet soit le plan médian, sur la ligne blanche, soit l'hypochondre droit, le long du bord externe du muscle droit, suivant que l'opérateur a eu recours à une laparotomie médiane ou à une laparotomie latérale.

Lorsque la fistule est pathologique, lorsqu'elle s'est produite spontanément, elle se présente sous des aspects plus variés. L'orifice fistuleux est généralement unique, surtout lorsqu'il succède à un phlegmon de l'hypochondre droit ; quand l'abcès a occupé la région ombilicale, il n'est pas rare de constater la présence de plusieurs ouvertures siégeant en des points quelconques auprès du nombril. Dans l'observation XXVIII, la fistule primitive occupait l'hypochondre et secondairement s'est formé à l'ombilic un orifice provenant d'un abcès superficiel de cette région. Quoi qu'il en soit, unique ou multiple, l'orifice fistulaire n'a pas de situation fixe. Tantôt il siège à l'hypochondre droit, au-dessous du rebord des fausses côtes (observation XXVI) ; tantôt il occupe cette même région, mais à un niveau inférieur, en haut et à

droite de l'ombilic (observation XXVIII); dans certains cas, il siège au niveau du nombril lui-même (observation XXXII), au-dessous de l'ombilic, sur la ligne blanche (observations XXV et XXI) ou en bas et à droite de l'ombilic (observation XXII).

Ces variétés de position sont la conséquence de causes multiples : modifications de volume de la vésicule, changement d'orientation de cet organe, présence d'adhérences périvésiculaires, interventions telles que : application de caustiques (observations XVIII et XXVIII), ponction (observations I et II), coup de lancette (observation XXVII), ouverture avec le bistouri (observations XVII, XXIV, XXIX).

Au début, l'orifice fistuleux ne présente rien de particulier ; ses bords ressemblent à ceux de toutes les plaies ; mais, si l'ouverture persiste, elle prend des caractères spéciaux, sous l'influence de l'irritation produite par le passage incessant des calculs, du muco-pus, du sang et des divers instruments. Ordinairement les bords en sont mous et saignent facilement ; ce fait tient à la production incessante des fongosités qui tendent à boucher l'orifice. Quelquefois les bords sont indurés, comme cicatriciels (observ. XXXII). Quant à la peau environnante, ou bien elle est amincie, décollée, ou au contraire épaissie, indurée (observ. XXVIII), érythémateuse et parsemée de petits abcès de voisinage (observ. XXXII) L'orifice lui-même est déprimé et situé au-dessous de la surface tégumentaire (observ. XXVIII) ; il a des dimensions variables suivant les cas et suivant la durée de l'affection ; il peut être grand comme une lentille (observ. XIX) et

admettre facilement la sonde cannelée ou, au contraire, avoir des dimensions fort rétrécies et laisser à peine passer la plus fine des bougies (observ. XXXVII). Sa configuration n'a rien de caractéristique : ici, il affecte une forme arrondie (observ. XXV) ; là, il a des bords irréguliers (observ. XXVI).

Généralement, à chacun des orifices cutanés succède un trajet fistuleux, mais il n'y a là rien d'absolu ; il peut n'exister qu'un trajet pour plusieurs orifices et d'autre part certains orifices relèvent d'abcès purement superficiels et ne donnent pas accès dans de véritables fistules (observ. XXVIII). La direction du trajet est variable, et son exploration est rendue difficile par l'étroitesse du conduit (observ. XXXVII), son calibre irrégulier (observ. I), ses coudures, un calcul qui l'oblitére (observ. XXVI et XLI), une rugosité pariétale (observ. XIV). Suivant le degré de perméabilité, le stylet est arrêté dès le début, ou bien il s'enfonce à une certaine distance, se dirigeant obliquement en haut et à droite vers la région hépatique, ou directement à droite, ou en haut et en arrière (observ. XXVI). Le liquide qui s'échappe au moment de l'incision de la vésicule, ou au moment de l'ouverture du phlegmon est assez abondant, du moins pendant les premiers jours : huit cents grammes (observ. XVI), cinq cents grammes (observ. XI). Il possède parfois les caractères du pus phlegmoneux franc, pus épais, bien lié (observ. XXV, XXVII, XXVIII) ; souvent il est constitué par un mélange de pus, de bile, de mucus, de sang ; suivant la prédominance de l'un de ces éléments, il possède une

couleur et une consistance variables : sérosité (observ. X), liquide séro-muqueux (observ. XXII), liquide séro-sanguinolent (observ. XXVI), liquide visqueux (observ. XIV), liquide muqueux (observ. V, XI, XIII, XXXIV, XXXVII), sérosité teintée de bile (observ. XVIII), liquide jaunâtre, exhalant une odeur bilieuse fade (observ. XXXII), liquide verdâtre ne contenant pas d'éléments biliaires (observ. IX), pus sanieux et fétide (observ. II), pus noirâtre (observ. XXIX). C'est dire que les caractères du pus sont trop variables pour qu'on puisse les rapporter à un type quelconque, d'autant plus que l'aspect extérieur de ce liquide peut se modifier d'un jour à l'autre (observ. IX.).

Dès le début, pus et calculs peuvent s'éliminer simultanément (observ. XVII et XXI) ; dans d'autres circonstances, la fistule ne donne passage tout d'abord qu'à des éléments liquides ; le fait s'observe naturellement dans les cholécystites primitives non calculeuses (observ. XV, XVI, XXX) ; mais de l'absence de concrétions dans le liquide fistulaire, il ne faut pas conclure à l'absence de calculs dans les voies biliaires ; souvent, en effet, les calculs ne s'échappent que secondairement, plusieurs jours ou plusieurs semaines après l'établissement de la fistule ; tantôt ils sortent spontanément (observ. XX), tantôt ils apparaissent au dehors à la suite de manœuvres faites dans ce but : injections modificatrices, éponges dilatatrices, introduction d'une pince (observ. XIX et XXVI), d'un stylet. Le nombre des calculs ainsi éliminés varie dans des proportions considérables ; dans certains cas, il n'existe qu'un calcul (observ. XXI) ; dans d'autres cas,

les concrétions expulsées sont multiples : l'on a recueilli 2 calculs dans l'observation VII, 4 calculs dans l'observation XIX, 8 calculs dans l'observation X, 19 calculs dans l'observation XXII, 40 calculs dans l'observation III, 58 calculs dans l'observation XXXVI, 60 calculs dans l'observation XXXVIII, 226 calculs dans l'observation XXXV.

Le volume des calculs, on le conçoit aisément, est en raison inverse de leur nombre ; un calcul unique est gros ; dans l'observation II, il a les dimensions d'un œuf de pigeon ; dans un cas de Klemm, il a les dimensions d'un œuf de poule. Les calculs multiples, eux, sont plus petits : leur volume peut varier par exemple de la grosseur d'un pois à celui d'une noisette (observ. XXXV). Autre différence : les calculs uniques ont une forme arrondie, lisse, polie, régulière, alors que les calculs nombreux, par suite des pressions et frottements répétés, ont une forme polyédrique et sont taillés à facettes (observ. XXXII).

Au début de l'affection, immédiatement après la formation de la fistule, l'écoulement, avons-nous dit, est assez abondant ; dans la suite, il diminue généralement ; la tumeur biliaire s'affaisse et il persiste une fistulette donnant issue à du muco-pus.

Au lieu de cette marche progressivement décroissante, l'on note parfois des alternatives d'amélioration et de récurrence. Généralement, comme on le verra au chapitre suivant, la recrudescence de l'écoulement est consécutive à la sortie d'un calcul biliaire (observ. XXVIII). Mais, en d'autres circonstances, la même débâcle se

produit, sans qu'aucun calcul puisse être incriminé. C'est que, dans l'intervalle des crises paroxystiques, le liquide sécrété par la vésicule enflammée s'accumule sous pression dans ce réservoir; il ne peut trouver une issue du côté du canal cystique oblitéré; il se porte alors vers la paroi abdominale, ouvrant de nouveau le trajet fistuleux qui était déjà en voie de cicatrisation (observ. XXXVII).

Dans d'autres cas, l'écoulement, après avoir diminué beaucoup, n'arrive pas à se tarir complètement et persiste ainsi durant des semaines et des mois. Cette infirmité oblige le malade à user de subterfuges divers pour protéger ses vêtements contre les souillures de la fistule : port d'un récipient de verre fixé avec des bandages (observ. XXXI), morceau de sparadrap (observ. II), pansement fait deux fois par semaine (observ. XXXV), serviette pliée en plusieurs doubles (observ. XXXII), gaze salolée changée tous les jours (observ. XLI).

2. Signes fonctionnels.

Les signes fonctionnels sont variables d'intensité et dépendent beaucoup de la susceptibilité individuelle.

Chez quelques sujets, l'existence de la fistule est compatible avec un état de santé satisfaisant et n'entraîne pas de troubles sérieux : le malade se plaint de l'écoulement qui l'oblige à des pansements répétés, et c'est tout (observ. XL).

Parfois même l'établissement de la fistule est une cause de soulagement, supprime ou diminue les douleurs, les troubles fonctionnels. Dans l'observation

XXXVIII, la cholécystostomie fit cesser les vomissements.

Chez d'autres malades, au contraire, les accidents observés sont souvent fort intenses et très variables, mais ils peuvent être ramenés à trois types principaux : phénomènes douloureux, troubles gastro-intestinaux, troubles psychiques.

Les *phénomènes douloureux* sont parfois constants : tiraillements pénibles au niveau de l'orifice fistulaire, picotements dans l'hypochondre droit (observ. XLI) ; douleurs hépatiques et phénomènes gastralgiques (observ. XXXII et XLI). Ces phénomènes sont dus probablement aux adhérences si fréquentes unissant la vésicule à la paroi abdominale, que ces adhérences soient d'origine chirurgicale ou d'origine pathologique : adhérences du fond de la vésicule avec le péritoine pariétal (observ. XXXVII) ; adhérences de la vésicule avec l'épiploon et le péritoine pariétal (observ. XXXV), avec l'épiploon et le foie (observ. XXXIV). On a nié que les adhérences puissent à elles seules produire la douleur. Cette opinion est probablement vraie lorsqu'il s'agit d'adhérences établies entre organes immobiles ; mais, comme le fait remarquer Jacomet (1), il semble rationnel d'admettre que des adhérences entravant les mouvements d'un organe mobile soient susceptibles de produire la douleur. L'expérience confirme cette opinion : chez des sujets opérés de cholécystostomie, une nouvelle opération faite pour libérer les adhérences existantes a mis fin aux

(1) Jacomet, thèse de Paris, 1901.

souffrances. Outre ces douleurs à caractère continu, certains sujets souffrent de crises paroxystiques apparaissant à intervalles plus ou moins éloignés et ces crises se produisent soit au moment de l'expulsion d'un calcul, soit au cours du travail de cicatrisation de la fistule.

Un calcul s'engage-t-il dans le trajet fistuleux ; s'il est petit et de forme régulière, il franchit doucement la distance qui le sépare des téguments et s'échappe au dehors sans éveiller la sensibilité du malade ; mais, s'il est volumineux, s'il est taillé à facettes, s'il a des bords saillants, il irrite les parois de la fistule, contusionne les parties molles, élargit l'orifice cutané du trajet ; cette progression du calcul ne se fait pas, on le comprend aisément, sans occasionner des accès douloureux fort pénibles ; ces accès peuvent s'accompagner de troubles réflexes, de troubles à distance, qui rappellent ceux de la colique hépatique : douleurs vives à l'hypochondre (observ. XX, XXIV, XLI), douleurs à l'hypochondre avec irradiations dans l'épaule droite (observ. XXVI). Dès que le calcul est chassé au dehors, les douleurs cessent ; mais si le calcul, du fait de ses dimensions exagérées, ou par suite des coudures et irrégularités de la fistule, s'arrête en chemin, les douleurs peuvent persister tant que l'hypochondre n'est pas libéré de ce corps étranger. Celui-ci une fois sorti, soit spontanément, soit sous l'influence d'une intervention, le malade éprouve un grand soulagement (observ. XXVI).

Lorsque la fistule tend à s'oblitérer d'une façon trop rapide, lorsque le travail de cicatrisation envahit les parties superficielles, les couches profondes n'étant pas

guéries, les produits de sécrétion s'accumulent dans la vésicule transformée en cavité close; le malade éprouve alors du ballonnement dans l'hypochondre, une sensation de gêne et finalement une douleur dans le côté droit, douleur qui entraîne l'insomnie et oblige le patient au repos. Les sensations éprouvées sont analogues à celles que l'on ressent au niveau d'un foyer purulent collecté sous pression (observ. XXXVII). Si les sécrétions vésiculaires ne parviennent pas à se créer une issue au dehors, à travers la fistule, il faut intervenir et imiter la conduite de Léonté, ainsi que nous le verrons au chapitre suivant.

Enfin, dans quelques cas rares, le sujet porteur d'une fistule biliaire souffre de crises douloureuses que l'on ne peut expliquer ni par la présence des calculs ni par l'oblitération de la fistule. Faut-il voir là un début de rétention ou une recrudescence de l'infection vésiculaire? Dans l'observation XXIV, l'accès douloureux fut suivi de l'écoulement d'un liquide abondant, noirâtre, d'odeur repoussante.

Les *troubles digestifs*, nausées (observ. XXVIII), vomissements (observ. XXXI), pesanteurs gastriques, diarrhée, constipation (observ. XIX) sont parfois si accusés qu'ils dominent la scène. Chez la malade de Langenbuch (observ. XXXI), les vomissements se répétaient régulièrement après chaque repas : le tiers ou le quart des aliments était rejeté. Dans de telles conditions, l'état général ne peut que s'aggraver, si rien ne vient mettre un terme aux phénomènes de désassimilation. Dans quelques cas, ces troubles sont peut-être d'origine réflexe;

mais, en d'autres circonstances, il est rationnel d'incriminer les adhérences qui existent entre la vésicule et les diverses portions du tube digestif : adhérences avec l'estomac au niveau du pylore (observ. XXXV), avec le colon (observ. XXXII), avec le foie (observ. XLI), avec le duodénum (observ. XXXII). L'on comprend que des tractus de ce genre puissent entraver le bon fonctionnement de l'estomac ou de l'intestin par des mécanismes divers : tiraillements, changements d'orientation, courbures, strictures, compressions. D'ailleurs, les sténoses pyloriques d'origine biliaire simulant les sténoses néoplasiques sont bien connues de nos jours. Marchais en a rapporté des exemples caractéristiques dans sa thèse et, à l'observation XXIX, le malade porteur d'une fistule muco-purulente présentait de tels symptômes qu'une laparotomie fut jugée nécessaire ; l'on trouva une masse cicatricielle allant de la vésicule au duodénum et comprimant la région pylorique.

Les *troubles psychiques* sont caractérisés surtout par des phénomènes de dépression nerveuse : changement de caractère, irritabilité, mélancolie, découragement, idées de suicide (observ. XLI). Le malade se croit atteint d'une infirmité incurable, essaye de tous les procédés pour obtenir la guérison de sa fistule et souvent supplie le chirurgien, un peu hésitant, d'intervenir en sa faveur, tant il a hâte d'être débarrassé de son affection.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON

La fistule biliaire une fois constituée, que va-t-il se passer dans les jours suivants ? Plusieurs alternatives sont à considérer.

Dans certains cas, après la formation de la fistule, il s'écoule une grande quantité de pus par l'orifice, pus souvent mélangé de sang et de calculs biliaires ; puis peu à peu l'écoulement diminue, la fistule se rétrécit, la plaie bourgeonne de la profondeur vers la surface, l'orifice cutané se comble et finalement la guérison est obtenue au bout d'un laps de temps variable. Ces cas heureux correspondent bien entendu à des fistules qui se terminent en cul-de-sac du côté du réservoir biliaire, à des fistules *borgnes externes* (nous n'étudions d'ailleurs que cette variété). Mais cette condition essentielle n'est pas suffisante ; il faut encore que les parois de la vésicule puissent s'accoler, se rapprocher l'une de l'autre et combler par un bourgeonnement régulier l'espace compris entre elles. Donc les vésicules très dilatées, les vésicules à parois profondément altérées, les vésicules entourées d'adhérences solides et multiples avec les organes voisins n'aboutiront que lentement à la guéri-

son. Il est également préférable que l'oblitération du cystique soit due à un travail de sclérose plutôt qu'à l'enclavement d'un calcul ; celui-ci en effet joue le rôle et de corps irritant et de corps septique ; il favorise au plus haut point la persistance des sécrétions muqueuses ou muco-purulentes et par suite gêne le travail de cicatrisation. Ajoutons que la fistule, par son orifice cutané, est en contact avec l'air extérieur et qu'elle peut s'infecter secondairement par des germes venus des régions voisines, par un pansement défectueux ou un cathétérisme septique. C'est pourquoi il est difficile et même impossible de préciser le temps nécessaire à la cicatrisation d'une fistule vésiculaire. Pour ne citer que quelques exemples, dans l'observation XXVIII, la fistule a persisté *pendant deux ans* ; dans l'observation XIX, elle a persisté *pendant douze mois* ; dans l'observation II, *pendant quatre ans* ; dans l'observation VII, la fistule s'est fermée *au bout de six semaines*.

Dans d'autres circonstances, l'écoulement persiste, ayant tous les caractères du muco-pus ; puis le malade ressent des douleurs dans l'hypochondre ; le trajet fistuleux se dilate et livre passage à un calcul plus ou moins volumineux. L'issue de ce calcul est le signe avant-coureur d'une prompte guérison ; après la sortie de ce calcul, la fistule se tarit et la perte de substance se comble (observ. II et XIX).

Fréquemment, l'on observe des alternatives d'amélioration et de récédive, et les choses se passent de la façon suivante : la fistule est guérie depuis quelque temps, lorsque réapparaissent des symptômes douloureux dans

la région hépatique : tension à l'hypochondre, nausées, vomissements, parfois léger mouvement fébrile ; les téguments de l'hypochondre sont sensibles à la pression et tendus ; l'orifice s'ouvre de nouveau, ou bien il se forme un abcès dans le voisinage de la fistule primitive, abcès qui se comporte comme un phlegmon biliaire, devient fluctuant, s'ouvre et donne issue soit à du pus et des calculs, soit simplement à du pus. Les jours suivants, la sécrétion s'atténue et tout rentre dans l'ordre jusqu'au moment où un autre calcul encore enclavé dans la vésicule ou le cystique tendra à s'échapper au dehors (observ. XXVI et XXVIII).

Chez une autre catégorie de malades, la fistule après n'avoir laissé échapper que du pus, du muco-pus ou du mucus, donne passage à de la bile, consécutivement à l'issue d'un calcul. De muco-purulente, elle est devenue bilieuse. Et cela se comprend aisément ; par suite de l'oblitération du cystique, la bile passe directement du foie dans le canal cholédoque et l'intestin ; elle pénètre donc continuellement dans le duodénum, étant sous une pression supérieure à celle qu'elle possède normalement. Mais si l'oblitération du cystique disparaît, si ce canal redevient perméable, la bile se divisera alors en deux courants : l'un allant au cholédoque, l'autre se déversant au dehors par la fistule cutanée. Or, la perméabilité du cystique peut réapparaître lorsque les lésions causales ne sont pas irrémédiables : un bouchon muqueux peut se résorber, un calcul biliaire peut être chassé sous l'influence de manœuvres de cathétérisme, de dilatation, d'injections antiseptiques ou modificatrices. C'est ainsi

que les choses se passèrent dans une observation du docteur Levacher, relatée par Mandard (1) : il s'agit d'une dame de vingt-trois ans qui, à la suite d'un traumatisme dans l'hypochondre, eut un phlegmon qui s'ouvrit spontanément et d'où s'écoula un liquide purulent pendant deux mois. Dans la suite, une seconde fistule se forma, au voisinage de la première. En introduisant une sonde cannelée dans cette fistule l'on perçoit une crépitation manifeste, comme si l'on touchait un fond crayeux ; on dilate le conduit à l'aide d'une éponge préparée ; quelques jours après, il s'échappe un calcul noirâtre du volume d'un pois, puis un flot de bile verte. La guérison de la fistule, devenue biliaire, n'eut lieu qu'après trois mois.

Chez un malade de Civiale (2), opéré de phlegmon biliaire, une fistule purulente, datant de deux mois, laisse échapper brusquement un flot de bile, à la suite de l'administration d'un lavement. Seize mois après, la fistule existait encore, donnant issue à de la bile.

Enfin, dans des cas rares, la fistule peut se cicatriser, alors que le canal cystique demeure oblitéré ; la vésicule biliaire, ainsi transformée en vase clos, peut se trouver distendue par du liquide muqueux ou purulent et des symptômes apparaissent identiques à ceux qui ont précédé la formation de la fistule, comme le montre le fait de Léonté (3) de Bucharest. Ce chirurgien opère en

(1) Mandard. Thèse de Paris. 1854.

(2) Fauconneau-Dufresne, Mémoire sur les calculs biliaires, 1841.

(3) Congrès français de chirurgie, 1892.

avril 1891, une femme de 44 ans, atteinte d'hydropisie vésiculaire. Cholécystostomie, suivie d'une fistule persistante donnant issue à un liquide clair et visqueux. En août 1891, la malade quitte le service très améliorée ; la fistule persiste, petite et ne donne qu'un léger suintement. Le 25 octobre, la malade rentre à l'hôpital ; la fistule est fermée, mais elle souffre de douleurs abdominales dues à la reproduction de la poche kystique. Léonté, jugeant la vésicule inutile et même dangereuse, se décide à l'ablation ; gêné par des adhérences, il ne fait qu'une cholécystectomie partielle, enlève les trois quarts de la vésicule et suture le reste à la paroi abdominale. La malade a parfaitement guéri.

De telles éventualités sont rares ; pour résumer la majorité des faits, nous dirons : les fistules muco-purulentes de la vésicule biliaire restent généralement muco-purulentes ; elles persistent durant un temps variable, et se terminent différemment suivant les cas ; tantôt elles guérissent spontanément (observ. II, VII, XVI, XVII, XIX, XX, XXVIII, XXIX), tantôt elles persistent sans tendance à la cicatrisation ; c'est alors que le malade vient consulter le chirurgien, se plaignant de l'écoulement continu du trajet (observ. XL), de troubles digestifs (observ. XXXI), de phénomènes douloureux (observ. XXXVII), de symptômes de neurasthénie (observ. XLI).

Enfin le malade, mais très rarement, maigrit et perd ses forces ; parfois il succombe après avoir présenté une succession de phlegmons biliaires (observ. XXIV) ou bien il meurt avec des symptômes d'ictère grave (observ. XXI, XXIII, XXVII).

DIAGNOSTIC

Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'un sujet présentant une fistule muco-purulente de l'hypochondre droit ou d'une région avoisinante, il se pose tout naturellement la question suivante : de quelle affection est symptomatique cette fistule ? de quel organe relève-t-elle ? En l'occurrence, il s'agit de savoir si la fistule est d'origine vésiculaire.

Or, les difficultés du problème varient beaucoup suivant les cas et surtout suivant certaines circonstances qu'il faut indiquer : I. Siège de la fistule ; II. Variété étiologique de la fistule ; III. Commémoratifs fournis par le malade.

I. Siège de la fistule.

L'existence d'une fistule occupant l'hypochondre droit au-dessous du rebord costal éveille tout naturellement l'idée d'une affection hépatique. Mais souvent la fistule occupe un siège anormal : région ombilicale, fosse iliaque. C'est dans ces cas que les erreurs sont possibles. Et pour ne citer qu'un exemple, nous rapporterons le fait d'ail-

leurs exceptionnel cité par Huguier : il s'agit d'une femme de 61 ans, présentant des fistules multiples de l'ombilic et de l'hypogastre donnant issue à un liquide muco-purulent ; elle n'a pas présenté de crises hépatiques mais a rendu plusieurs fois, avec les matières excrémentielles, des calculs jaunâtres. Elle se plaint d'un écoulement de liquide clair, séreux, analogue à de l'urine, se faisant par le vagin. L'on croit à l'existence d'une fistule vésico-vaginale ou utéro-vésicale, mais le liquide examiné ne présente aucun des caractères de l'urine et l'exploration du vagin ne fournit pas de renseignement. Huguier émet l'hypothèse d'une hypersécrétion de liquide utérin et prescrit un traitement en conséquence.

Les fistules de l'hypogastre se cicatrisent, mais l'écoulement vaginal persiste. Après maints examens, l'on découvre au-dessus du clitoris, à la commissure supérieure de la vulve, un orifice fistuleux : un stylet est introduit dans le trajet ; les parties molles sont incisées sur la cannelure du stylet et l'on met à nu deux calculs biliaires qui à la suite d'une cholécystite ulcéreuse avaient glissé hors de la vésicule. La fistule vaginale était d'origine vésiculaire.

II. Variété étiologique de la fistule.

La fistule est-elle d'origine chirurgicale, consécutive à une cholécystostomie ? Le malade, qui s'est confié au chirurgien, pourra généralement donner les motifs qui l'ont décidé à une intervention et rapporter quelques détails relatifs à l'opération subie. D'ailleurs, l'existence d'une cicatrice linéaire, régulière, la situation de la

fistule placée dans l'hypochondre, sur la ligne mamelonnaire ou en un point voisin, sont autant de renseignements utiles qui faciliteront le diagnostic. Celui-ci est chose plus délicate, lorsque la fistule est le résultat naturel d'un phlegmon biliaire, abandonné à lui-même. C'est dans ce cas qu'il est indispensable d'interroger soigneusement le malade sur ses antécédents hépatiques, comme nous allons le voir.

III. Commémoratifs donnés par le malade.

Nous l'avons dit, la cause la plus fréquente des fistules biliaires est la lithiase. Le malade est-il sujet aux coliques hépatiques ? A-t-il eu de l'ictère ? A-t-il présenté des urines foncées, couleur acajou ? A-t-il rendu des calculs par l'anus ? A-t-il remarqué que les fèces étaient décolorées, ressemblant à du mastic ? Peut-être a-t-il eu les formes frustes de la colique hépatique : douleurs à distance dans l'épaule, le sein, phénomènes gastralgiques, nausées et vomissements après les repas ? Que s'est-il échappé de la fistule, celle-ci une fois constituée : est-ce du mucus, du pus, du sang, des calculs, de la boue biliaire ? N'a-t-il pas réalisé, au cours de son existence, le tableau de l'angiocholite, avec les frissons répétés, la teinte subictérique des téguments et la fièvre à grandes oscillations ? Ce sont là autant de questions qui, si elles obtiennent une réponse affirmative, facilitent singulièrement la tâche du clinicien. Mais il est des cas où les renseignements donnés par le malade sont vagues, contradictoires même ; il est des cas où la lithiase s'est installée insidieusement, provoquant rapidement cholé-

cystite, péricholécystite et fistule, sans que le malade ait eu pour ainsi dire de passé hépatique. Dans ces conditions, on est réduit à des hypothèses et, pour arriver au diagnostic étiologique, le meilleur procédé est l'exploration de la fistule. Deux signes, en effet, caractérisent l'origine hépatique d'une fistule : l'écoulement de bile et la présence d'un calcul ou d'un fragment de calcul. Le premier signe fait défaut dans la variété de fistule que nous étudions ; reste le second signe : l'existence d'un calcul. Parfois le calcul apparaît spontanément au dehors ; parfois aussi, il est volumineux et reste dans le trajet ; c'est alors qu'une exploration avec le stylet permet de le reconnaître. Cette exploration doit être prudente pour éviter les fausses routes et les perforations ; souvent elle est infructueuse : le stylet peut être arrêté par un rétrécissement, une sinuosité du trajet, des brides inflammatoires ; le calcul situé profondément ou enclavé dans une dépression du cystique peut passer inaperçu. C'est dire qu'il faut s'armer de patience et renouveler la tentative plusieurs fois.

Ces conditions remplies, passons aux cas particuliers et voyons avec quelles autres fistules l'on peut confondre la fistule qui nous occupe.

Avec la *fistule consécutive à un phlegmon de la paroi abdominale*. — Dans ce cas, la fistule a été précédée d'une période où il existait une tuméfaction, une rougeur, un empâtement beaucoup plus accentués que dans le phlegmon biliaire ; puis le pus sécrété par la fistule est un pus phlegmoneux, de bonne nature, épais bien

lié ; il ne contient ni calcul, ni mucus vésiculaire, ni boue biliaire ; généralement la fistule se tarit vite.

Avec la fistule consécutive à un abcès froid costal. — Ici la fistule s'est installée insidieusement, sans fièvre, sans douleur ; peu à peu s'est développée une tuméfaction qui s'est ramollie et vidée à l'extérieur ; le pus qui s'écoule est mal lié, grumeleux ; les bords de la plaie sont irréguliers, décollés, recouverts de bourgeons violacés ; le stylet, introduit dans le trajet, arrive parfois sur une côte dénudée atteinte de périostite, sur un séquestre ; souvent le sujet présente d'autres signes de tuberculose : pleurésie, bronchites à répétition, hémoptysies, adénopathies scrofuleuses.

Avec la fistule consécutive à un kyste hydatique du foie. — Là, le malade peut donner des renseignements précieux : l'on retrouve, dans son histoire, l'existence de la tumeur avant la période d'infection, avec son indolence, sa voussure, sa fluctuation spéciale, le dégoût des aliments gras, les poussées d'urticaire. L'évacuation d'hydatides, la présence de crochets dans le liquide fistulaire lèveront tous les doutes.

Avec la fistule consécutive à un abcès du foie. — En semblable occurrence, il faut avoir recours aux antécédents du malade, s'informer s'il n'a pas séjourné aux colonies, s'il n'est pas atteint depuis quelque temps de dysenterie.

Avec la fistule d'origine stercorale. — La nature des matières excrétées, leur odeur, la présence de gaz ne permettront pas la confusion.

Avec la *fistule d'origine urinaire*. — L'examen du liquide issu de la fistule mettra fin à toute hésitation.

Avec les *fistules ombilicales*. — Le diagnostic devient très délicat, lorsque la fistule d'origine vésiculaire siège à l'ombilic. En ce territoire anatomique se rencontrent deux affections pouvant facilement induire en erreur le clinicien : les kystes dermoïdes, et certains abcès de l'ombilic dus à la rétention et à l'inflammation de matière sébacée dans les plis de la cicatrice ombilicale. Ces deux affections présentent les mêmes symptômes que la fistule cystique : douleur, trajet fistuleux avec suintement séro-purulent, corps dur senti par le stylet : dans le kyste dermoïde, le corps dur peut être constitué par une dent ; dans l'abcès, il est formé d'un amas de matière sébacée durcie. On le comprend, dans les cas de ce genre, l'exploration seule du trajet ne suffit pas ; il est utile de procéder à l'analyse du liquide sécrété par la fistule et d'étudier ses caractères physiques, chimiques et histologiques.

Le liquide vésiculaire est visqueux, plus ou moins fluide, filant, inodore, insipide ou fade ; il a une teinte grisâtre ou blanche, demi-transparente ; sa consistance visqueuse est due à un principe spécial, la mucosine. Chimiquement, outre quelques substances cristallisables d'origine organique, il renferme des sels minéraux, phosphates et carbonates calcaires et la mucosine. La mucosine ou mucus est une substance non coagulable par la chaleur ; l'alcool précipite la mucosine inaltérée en un caillot d'aspect fibrineux qui même après un séjour prolongé dans l'alcool conserve la possibilité d'être redissous

ou regonflé par l'eau, soit à chaud, soit à froid ; c'est là la réaction la plus caractéristique.

Sous le microscope, la mucosine présente un état strié sous forme de lignes droites ou flexueuses, parallèles, qui rappelle l'aspect de la fibrine et du tissu lamineux ; mais l'acide acétique gonfle ces deux dernières substances et fait disparaître leur striation, alors qu'il exagère les striations de la mucosine ; la différence entre les deux réactions suffit pour éviter la confusion.

En outre, le mucus vésiculaire renferme des leucocytes et des cellules cylindriques provenant des cellules de revêtement de la muqueuse cystique.

Telles sont, rapidement esquissées, les quelques propriétés du liquide vésiculaire qui pourront aider au diagnostic dans les cas embarrassants.

En définitif, la présence d'un calcul biliaire dûment constatée est une preuve certaine de l'origine vésiculaire de la fistule ; mais lorsque ce signe manque, le clinicien doit rechercher des renseignements par ailleurs : explorer la fistule, étudier la nature des sécrétions, interroger le malade sur ses antécédents hépatiques, sur les troubles qui ont amené l'existence de la fistule dont il est affligé actuellement.

Il reste à expliquer la persistance de la fistule ; dans la majorité des cas elle est entretenue par un ou plusieurs calculs enclavés dans le canal cystique. Et cela est si vrai que souvent, après l'expulsion spontanée ou provoquée du calcul, la fistule se tarit d'elle-même (observation XIX). Dans d'autres cas, il faut incriminer le passage

incessant des mucosités, la présence d'un fil infecté inclus dans le trajet, le mauvais état des parois vésiculaires, l'induration et la sclérose des tissus sous-jacents qui gênent le bourgeonnement régulier des surfaces pariétales et s'opposent à leur accollement, à leur fusion.

PRONOSTIC

Considérées en elles-mêmes, les fistules muco-purulentes de la vésicule biliaire ont leur utilité, puisqu'elles procurent toujours un soulagement appréciable au malade.

Cette proposition est évidente pour les fistules *d'origine chirurgicale*, faites au cours d'une cholécystostomie dans le cas d'hydropisie de la vésicule, de cholécystite catarrhale, purulente, calculeuse ou non, de cholécystite scléreuse; l'établissement de la fistule permet d'évacuer rapidement les liquides accumulés sous pression dans le réservoir cystique: un drainage permanent existe, qui entraîne au dehors sang, mucus, bile, calculs; les douleurs disparaissent, la fièvre tombe, les dangers de rupture vésiculaire et les menaces de péritonite sont écartés.

La proposition est également vraie pour les fistules *d'ordre pathologique*. Succédant au phlegmon biliaire, elles peuvent être considérées comme une terminaison favorable des cholécystites; il y a là un mode d'évolution

qui est préférable à l'ouverture du foyer purulent dans le péritoine ou même dans l'estomac, l'intestin, les voies urinaires.

Considérées au point de vue étiologique, les fistules cystico-cutanées comportent un pronostic qui varie suivant les cas. En général, les fistules relevant d'une cholécystite primitive non calculeuse guérissent plus rapidement, plus facilement que les fistules accompagnées de lithiase; les calculs biliaires en effet s'opposent à la cicatrisation du trajet et favorisent l'abondance et la persistance des sécrétions. Il est utile néanmoins de faire une restriction pour les fistules consécutives à la tuberculose du réservoir cystique. C'est là une affection rare, mais tenace, difficile à soigner efficacement et qui, d'un moment à l'autre, peut se compliquer de tuberculose des autres organes, en particulier de tuberculose pulmonaire.

Parmi les fistules calculeuses, nous avons rangé la fistule se produisant quand il y a coexistence de lithiase et de néoplasme vésiculaire. Dans ces conditions, la fistule devient un élément morbide négligeable; ce qui domine le tableau clinique, c'est l'élément cancéreux qui suit sa marche envahissante, atteignant les canaux biliaires, le foie et parfois le péritoine, si bien que le malade succombe, dans le marasme, aux progrès de la cachexie.

Ce sont là heureusement des éventualités rares: sur les trente observations de fistules non opérées que nous rapportons, nous avons noté la mort quatre fois; dans un cas d'ailleurs, l'issue fatale a été causée par une ma-

ladié intercurrente, un néoplasme de l'estomac (observ. XXI). Il reste donc trois cas dans lesquels la mort peut être imputée à des accidents hépatiques : l'un des malades succombe après avoir présenté plusieurs abcès de l'hypochondre (observ. XXIV) et les deux autres meurent avec des signes d'insuffisance hépatique (observ. XXIII et XXVII).

En définitive, et dans la majorité des cas, la fistule muco-purulente de la vésicule biliaire ne menace pas directement l'existence ; mais elle constitue toujours une infirmité fort désagréable, infirmité qui souvent guérit d'elle-même, mais qui souvent aussi présente le double inconvénient et de se prolonger durant un temps indéterminé et d'occasionner parfois des troubles fonctionnels qui nécessitent une intervention, comme on le verra plus loin.

TRAITEMENT

Il faut se garder d'intervenir hâtivement dans les cas de fistule muco-purulente de la vésicule biliaire. Durant les premiers jours, il est préférable de s'abstenir de toute exploration, ou du moins de n'y procéder qu'avec prudence : les calculs, le pus, le mucus peuvent être spontanément expulsés et le rôle du chirurgien se borne alors aux pansements réguliers, en un mot au traitement de la plaie.

Mais si le trajet fistuleux ne présente aucune tendance à la cicatrisation, on est en droit d'intervenir, suivant les conseils de J.-L. Petit : « Ce que j'en ai dit est suffisant pour modérer l'ardeur des jeunes gens qui veulent toujours couper ; mais aussi ne faut-il pas qu'une timidité mal entendue leur fasse manquer l'occasion d'opérer ». La multiplicité des interventions préconisées est la preuve même de leur ordinaire impuissance ; en réalité, tout se ramène à ceci : explorer le trajet fistuleux avec soin et déterminer les causes de la persistance de la fistule. Comme nous l'avons dit, ces causes sont les suivantes :

1). Passage incessant des liquides sécrétés.: mucus, pus, muco-pus ;

2). Inflammation chronique des parois fistulaires, qui deviennent fibreuses, indurées, et ne peuvent que difficilement se juxtaposer ;

3). Enfin et surtout présence d'un corps étranger qui, en la circonstance, est un calcul, un fil de soie.

Toute fistule est, en réalité, symptomatique d'une lésion profonde et vouloir guérir la fistule sans s'occuper des causes qui l'entretiennent est une erreur. En ce qui concerne la fistule vésiculaire, l'indication ordinaire est la suivante : reconnaître la présence du calcul par le cathétérisme et puis extraire le dit calcul. Le cathétérisme est facile dans les cas où la fistule est spacieuse, peu profonde, de calibre régulier ; mais ces conditions favorables sont rarement réalisées : ordinairement l'étroitesse du trajet, ses coudures, ses changements de direction rendent certains préparatifs indispensables : avant de sonder la fistule, il est nécessaire de la dilater. Deux procédés sont utilisables : la dilatation non sanglante et la dilatation sanglante. La dilatation non sanglante se fait avec des éponges préparées (observ. II, XIX, XXXII), des mèches de gaze antiseptique, des tiges de lamineires (observ. XXXII, XXXIII) ; c'est là la méthode lente ; ou bien elle s'exécute avec des instruments tels que bougies, cathéters ; c'est là la méthode rapide. C'est par la dilatation non sanglante que T. Angers retira de la vésicule d'une de ses clientes, à travers la paroi abdominale, plus de cent calculs ; la malade guérit.

La dilatation sanglante est celle qui est précédée d'une

incision des parties molles, faite au bistouri ou au thermocautère; suivant les cas, l'incision est superficielle et n'intéresse que les téguments ou elle est profonde et atteint la vésicule elle-même. C'est là, on le comprend aisément, une intervention sérieuse. Le trajet étant dilaté suffisamment, il s'agit d'extraire le calcul; le volume du calcul, le peu d'élasticité des parois fistulaires, la présence de brides cicatricielles rendent l'opération difficile; elle l'est encore davantage dans les cas de calculs multiples: le canal cystique présente alors alternativement des points rétrécis et des points dilatés, constituant de véritables logettes où sont solidement enclavées les pierres biliaires. Pour faire la lithectomie du cystique, on saisit le calcul avec des pinces fines (observ. XIII, XIV, XXVI); lorsqu'il est d'une préhension malaisée, on cherche à le déplacer avec de légers leviers ou de petites curettes (observ. XIII); Riedel, Cabot, Wardle Mark ont inventé des instruments spéciaux pour cet usage. On a même proposé de broyer le calcul sur place (observ. XIII), de le réduire en fragments, et Lawson Tait a imaginé, en 1898, un instrument destiné à morceler les concrétions biliaires; cet instrument est muni d'un manche creux à travers lequel il est facile de faire passer un courant d'eau et qui est d'une très grande utilité pour entraîner au dehors les débris du calcul. Ces extractions sont délicates, demandent une légèreté de main, une habileté opératoire spéciales, et ne sont pas exemptes de danger: on peut, au cours de ces manœuvres, faire fausse route, rompre des adhérences protectrices, détruire les parois fistulaires et infecter le

péritoine ; dans un cas de Rosenbach, les parois de la fistule furent déchirées et un calcul tomba dans le péritoine. Il faut donc répéter les tentatives avec prudence et se souvenir que si parfois elles sont couronnées de succès (observ. XIX), elles échouent aussi souvent (observ. XLI).

Le calcul est-il extrait, ou la fistule ne renferme-t-elle pas de corps étranger ? Il faut alors agir directement sur les parois du trajet, modifier leur structure et faciliter leur cicatrisation. On a préconisé les injections répétées de substances antiseptiques, irritantes, caustiques : injections de teinture d'iode pratiquées par Luton de Reims (1866) et Landerer (1886) ; d'eau chlorurée (observation II), de teinture de quinquina (observation II) ; de chlorure de zinc (observation XXX) ; on a utilisé le nitrate d'argent (observation XVII), les cautérisations répétées (observation XXVII), le curettage (observations XXX et XXXVII), le galvano-cautère (Zielewicz). Quant à la suture après avivement, elle ne donna guère de meilleurs effets entre les mains de Hertz et de Courvoisier.

En résumé, ces divers procédés thérapeutiques n'ont pas toujours donné des résultats encourageants. Les insuccès n'étonneront pas ceux qui ont réfléchi aux conditions anatomo-pathologiques qui régissent l'évolution de la fistule. Voici un calcul enclavé dans le cystique : il joue un rôle analogue à celui de la balle de revolver, du séquestre enclavé dans l'épaisseur des tissus ; il exerce une irritation constante sur les tissus voisins et détermine une sécrétion plus ou moins abondante sui-

vant son degré de septicité : la fistule sert de drain à la suppuration qui prend sa source à l'origine profonde du trajet, suppuration qui est accrue, ici, par les sécrétions de la paroi fistulaire elle-même : la fistule est, en effet, constituée par la vésicule adhérente à la paroi abdominale ; normalement, cette vésicule déverse ses produits muqueux dans le canal cystique ; celui-ci étant oblitéré par sclérose ou par la présence d'une pierre biliaire, le mucus s'élimine par le nouvel orifice cutané de la vésicule ; aux sécrétions relevant du corps étranger s'ajoutent donc les sécrétions de la fistule. Ce passage incessant de mucus, de muco-pus, mélangé ou non de calculs biliaires, entretient dans les parties contiguës une inflammation lente qui en produit à la longue l'induration. Ainsi se forment les callosités qui jouaient un rôle important dans la pathologie ancienne, rôle si important que les chirurgiens les regardaient comme la cause la plus générale des fistules, alors qu'en réalité elles en sont la conséquence : si l'on supprime l'écoulement, disparaissent les callosités. Il y a là un véritable cercle vicieux, comme il arrive fréquemment dans l'évolution des phénomènes morbides : les fistules entretiennent les callosités qui entretiennent les fistules. Ajoutons à toutes ces conditions défavorables la présence d'adhérences unissant la vésicule aux organes voisins et empêchant les parois de s'accoler et de se fusionner, l'influence de cathétérismes répétés, parfois brutaux, souvent septiques, et l'on comprendra aisément que le seul traitement radical de l'affection est l'extirpation de la fistule, c'est-

à-dire de la vésicule, la *cholécystectomie*, lorsque les autres tentatives auront échoué.

Mais, avant d'intervenir, il est nécessaire de s'assurer du bon fonctionnement de la cellule hépatique et de la perméabilité des voies biliaires par un examen approfondi du malade : volume normal du foie, foie non douloureux, absence d'ictère, analyse des urines qui ne contiennent pas de pigments biliaires, examen des selles qui ont leur coloration normale et ne renferment pas de sable biliaire; pour plus de sûreté, on peut faire l'épreuve de la glycosurie alimentaire et le dosage de l'urée. Ces précautions prises, le chirurgien peut agir.

L'existence de la fistule, loin de simplifier le manuel opératoire de la cholécystectomie ordinaire, en augmente les difficultés : le trajet fistuleux est en effet une région essentiellement septique et de plus la vésicule, ordinairement très atrophiée, a perdu sa forme renflée et s'est transformée en un canal mince et allongé. Ne jouant plus son rôle de réservoir biliaire, en raison de l'ouverture cutanée, elle a subi la loi biologique bien connue d'après laquelle la fonction fait et maintient l'organe : elle n'est plus représentée que par un trajet étroit, difficile à suivre dans la cavité péritonéale. Pour faciliter les manœuvres, on a conseillé d'introduire dans la lumière de la fistule un stylet, une sonde, une bougie urétrale qui l'obture complètement et qui en même temps serve de conducteur. De cette façon, l'on peut disséquer avec moins de peine le dit trajet.

Nous décrirons ici le manuel opératoire employé par

le docteur Schwartz, et exposé par lui au dernier congrès français de chirurgie (1901).

Nous n'insisterons pas sur les préparatifs préliminaires : la veille, le malade a pris un grand bain de propreté et à la sortie du bain, un pansement antiseptique est appliqué sur la paroi abdominale soigneusement rasée et nettoyée. Le jour de l'opération, on procède à une nouvelle désinfection énergique du champ opératoire ; on cautérise au thermo-cautère l'orifice cutané de la fistule et on applique une pince sur cet orifice afin de l'obturer hermétiquement. Cela fait, il s'agit de libérer la fistule de ses adhérences avec la paroi abdominale : on conduit l'incision au-dessus et au-dessous de la fistule et l'on circonscrit l'orifice par une incision passant au moins à un centimètre des bords de la fistule ; l'on a soin, alors, d'enlever avec la fistule la petite bandelette de peau ainsi délimitée, car cette petite bandelette est presque toujours infectée. (Chez son malade [observ. XXXII], Michaux a sectionné entre deux ligatures le pédicule qui rattachait la vésicule à la peau, et cautérisé le pédicule sous-cutané au thermocautère).

Libérée de ses attaches avec la paroi abdominale, la vésicule présente ordinairement des adhérences pathologiques avec les organes voisins. La face inférieure, convexe, du réservoir cystique peut être reliée par des tractus aux viscères les plus divers : épiploon, estomac, duodénum, mais surtout colon transverse. En ce cas, il faut éviter, autant que possible, d'avoir recours au bistouri : on s'expose à des hémorrhagies dues à la section trop nette des vaisseaux des adhérences et on risque de blesser

l'intestin ; il vaut mieux rompre les adhérences avec les doigts ou l'extrémité mousse des ciseaux fermés. Si les adhérences sont très résistantes au niveau de l'intestin par exemple, il est préférable d'abandonner un petit lambeau de la paroi vésiculaire (observ. XXXII) ; on ferme avec une pince la boutonnière faite à la vésicule et on a soin de désinfecter le petit fragment resté adhérent à l'intestin en le touchant au thermo-cautère. Dès que la face inférieure de la vésicule est libérée, on procède au décollement de sa face supérieure ; mais le bord antérieur du foie dérober parfois à l'opérateur le fond de la vésicule ; il est nécessaire en ce moment de faire basculer l'organe en haut afin d'éclairer la région dans laquelle on opère. Les adhérences qui unissent la vésicule à la face inférieure du foie doivent être également détruites avec des instruments mousses, afin d'éviter les lacerations du parenchyme hépatique et les hémorrhagies consécutives. La dissection finie, il est possible d'attirer presque complètement la vésicule au dehors et de sentir le canal cystique.

L'isolement de ce canal est un temps délicat, en raison du petit espace dans lequel on opère et des organes importants que l'on peut blesser. On sait que le canal cholédoque forme le bord droit de l'épiploon gastro-hépatique ; le canal cystique continue la direction du cholédoque et forme avec lui une courbe à concavité tournée à droite et en avant. A l'union de ces deux conduits vient se brancher le canal hépatique qui forme ainsi, avec le canal cystique, une espèce de petit triangle équilatéral. Il est donc très important de reconnaître et de bien déli-

miter le cystique, afin de ne pas poser une ligature sur l'hépatique ou le cholédoque. Au cours de ces investigations, on s'efforcera d'explorer le cholédoque et de s'assurer qu'il ne contient pas de calcul.

Supposons le canal cystique isolé; par une palpation attentive, on se rend compte si l'oblitération de ce conduit est due à une sclérose des parois ou à la présence d'un calcul enclavé. Dans le premier cas, on met la ligature le plus haut possible; dans le second cas, on place une pince derrière le calcul et, au-delà de la pince, on pose la ligature. Celle-ci doit être faite solidement: il est préférable de se servir d'un fil de soie résistant; le catgut, outre qu'il est plus difficile à stériliser sûrement, se résorbe trop vite. L'on peut d'ailleurs faire une double ligature avec fil de soie et catgut (observ. XLI). Avant de procéder à la section du pédicule, on insinue au-dessous de lui une éponge plate ou une compresse stérilisée pour recueillir les liquides qui pourraient s'échapper du moignon. Cette précaution prise, on sectionne le cystique et on le désinfecte, soit en le touchant avec une solution de sublimé ou une solution phéniquée forte, soit en le cautérisant au thermo-cautère. Que faire de ce pédicule? Quelques auteurs, craignant d'infecter le péritoine, ont suturé ce pédicule à la paroi (observ. XXI, XXXII, XXXVI, XXXVII); mais cette fixation, outre qu'elle n'est pas toujours possible à cause de la brièveté du moignon, peut exposer à des tiraillements douloureux. Il est donc préférable de réduire le pédicule, après l'avoir soigneusement désinfecté et après avoir établi un drainage de la région avec de la gaze

(observ. XXXVIII), avec un drain (observ. XXXIV), avec gaze et drains réunis (observ. XXXIV). Ce drainage est utile, car on n'est jamais sûr que, sous la poussée de la bile, la ligature ou le conduit cystique ne céderont pas. Pour rendre la présence du drain encore plus efficace, certains opérateurs ont usé d'un procédé spécial que nous décrirons plus loin. Il ne reste plus qu'à suturer la paroi abdominale. Cette suture se fera comme dans toute laparotomie, soit avec des fils d'argent, des crins de Florence, des fils de soie, qui comprennent tous les tissus, soit en pratiquant la suture à étages. C'est affaire de préférence individuelle. L'on fixe le drain et l'on fait un pansement sec.

Les soins que le malade réclame dans la journée sont ceux que l'on donne à tout opéré : il faut combattre les nausées et les vomissements dus à l'anesthésie par quelques cuillerées d'eau chloroformée, de petits fragments de glace et quelques gorgées de champagne. Si le malade souffre, la morphine rendra des services ; l'éther et le sérum artificiel combattront efficacement l'abattement post-opératoire. On surveillera avec soin le fonctionnement de la vessie et de l'intestin et le malade pourra prendre du lait dès le lendemain.

Tel est, rapidement décrit, le procédé de la cholécystectomie idéale. On peut le résumer ainsi :

1^{er} Temps. Antisepsie des téguments et de l'orifice cutané de la fistule ;

2^e Temps. Libération de la fistule d'avec la paroi abdominale, avec ablation de la bandelette cutanée voisine de l'orifice ;

3^e Temps. Libération de la vésicule de ses adhérences avec les organes voisins ;

4^e Temps. Isolement, pincement et ligature du canal cystique ;

5^e Temps. Section, désinfection et réduction du pédicule ;

6^e Temps. Drainage et suture de la paroi.

L'on a fait à cette opération plusieurs objections. On a dit par exemple :

1). « *Enlever la vésicule biliaire c'est supprimer un organe utile.* » Dans les cas qui nous occupent, la vésicule, du fait de l'oblitération du cystique, ne joue plus son rôle physiologique ; elle est même devenue nuisible.

2). « *Réduire le pédicule du cystique c'est s'exposer à voir la bile refluer sous pression, rompre le cystique ou faire glisser la ligature ; d'où épanchement de bile dans le péritoine et menace de péritonite.* » L'on peut éviter cet accident, en drainant la région, comme on l'a dit plus haut, et même faire mieux : placer le drain dans une petite cavité où pourront venir se collecter les liquides provenant des parties opérées. Pour cela, on utilise certaines dispositions anatomiques de ce territoire : dans la partie inférieure de la plaie, dit Terrier, se présente le colon transverse, et dans la partie gauche, l'angle des deux premières portions du duodénum. Ces deux segments d'intestin sont rattachés par le grand épiploon ; en suturant la lame épiploïque à la face profonde du péritoine, on a exactement fermé en bas et à gauche la région opératoire, souvent limitée en dehors par les

débris du ligament cystico-colique et par le ligament hépato-rénal qui existe sur près d'un tiers des sujets. Quand ces ligaments font défaut, on peut généralement, avec les débris de la coque inflammatoire qui entourait la vésicule, constituer une barrière à peu près continue sur la partie externe de la région, barrière étendue de la face inférieure du foie à l'angle droit du colon ; la paroi supérieure est formée par la petite surface de tissu hépatique qui répond à l'implantation de la vésicule biliaire. Le moignon cystique est donc renfermé dans une cavité en forme d'infundibulum et c'est là que se fera l'épanchement de bile, soit que la ligature du conduit vienne à glisser, soit que le tissu hépatique ait été lacéré. L'hémorrhagie du foie ou des adhérences sectionnées trouveront aussi dans cette cavité un déversoir naturel. Dans l'observation XXXII, un mois après l'opération, le pansement du malade fut souillé de bile. D'où venait cette bile : du canal cystique, ou du parenchyme hépatique ? Le caractère passager de cet écoulement qui ne dura qu'un matin fait croire qu'il ne venait pas du cystique déjà cicatrisé. Comme le fait remarquer Calot, les fistules biliaires persistantes sont extrêmement rares, après la cholécystectomie ; les calculs une fois enlevés, rien ne vient contrarier, dit Calot, la tendance naturelle des débris du cystique à bourgeonner et à se réunir bientôt, de manière à constituer une barrière cicatricielle complète du dixième au quinzième jour.

3). « *Enlever la vésicule biliaire, c'est rendre, dans la suite, toute intervention impossible, au cas où il y aurait obstruction des canaux biliaires et rétention de bile.*

Sans vésicule, pas de cholécystostomie, pas de fistule dérivative. » — Cette objection a son importance, mais d'après les faits observés, il semblerait prouvé qu'en cas d'obstruction biliaire le moignon du cystique se dilaterait et reproduirait, en plus petit, la vésicule, de telle sorte que l'on pourrait encore aboucher ce rudiment de réservoir à la paroi. D'ailleurs, en de telles circonstances, le cholédoque serait fortement dilaté, et la chirurgie du cholédoque (cholédocotomie, cholélithotritie, cholélithotripsie, cholédocho-entérostomie) suffirait à obvier aux premiers accidents.

En réalité il existe deux contre-indications à la cholécystectomie : l'oblitération du cholédoque et la présence d'adhérences si nombreuses, si résistantes qu'on risquerait, à vouloir les rompre, de déchirer la vésicule et de léser les organes voisins. Ces restrictions établies, la cholécystectomie appliquée au traitement des fistules muco-purulentes est une opération rationnelle et donnant des résultats satisfaisants ; nous rapportons plus loin onze observations de malades ayant subi la cholécystectomie ; deux sont morts peu après l'intervention ; mais ils étaient atteints de lithiase et de cancer de la vésicule ; dans de telles conditions, l'opération était illusoire et le pronostic fatal. Les neuf autres malades ont été enchantés du résultat obtenu et, débarrassés complètement de leur infirmité, jouissaient, dans la suite, d'une très bonne santé

OBSERVATION XXXI

*Fistule muco-purulente persistante, après une cholécystostomie.
Cholécystectomie.* Langenbuch (reproduite par Calot, in
thèse, Paris, 1890).

Lilly Schœfer, 24 ans.

Entrée le 15 juillet 1886.

La malade qui était gouvernante en Angleterre y avait souffert de grandes douleurs dans la région de la vésicule biliaire. On lui fit une fistule biliaire à l'hôpital de Leid, en janvier 1886, par où étaient sortis plusieurs calculs. Puis les calculs furent remplacés par un écoulement désagréable d'un liquide clair comme de l'eau, d'odeur fade, de consistance filante, environ 100 gr. par jour. Cela obligeait la malade à porter constamment un récipient de verre fixé avec des bandages qui entouraient sa taille ; et, malgré cela, la jeune fille trouvait encore dans sa chemise et sur son corps des traces du liquide organique insuffisamment recueilli. Cet écoulement ininterrompu s'aggrava encore de complications nerveuses.

La malade vomissait sans exception après chaque repas le tiers ou les trois quarts de ce qu'elle avait pris. Les choses en étaient arrivées à un point tel que le séjour de la malade était impossible dans une famille étrangère ; elle revint en Allemagne, décidée à se soumettre à tout ce qui serait nécessaire pour la débarrasser de cette énervante fistule.

Déjà, avec la sonde, je percevais, lors du premier examen, des concrétions fixées au niveau du canal cystique, au fond de la vésicule. Ces concrétions empêchaient la bile de se rendre dans la vésicule, pendant que celle-ci produisait une quantité considérable de mucus qui sortait par la fistule. Si celle-ci s'était fermée, il se serait formé dans la vésicule une collection liquide qui aurait énormément distendu la vésicule, à cause de la sécrétion incessante de mucus, et cela se serait terminé par

une rupture des parois, à moins que la pression intra-vésiculaire, agissant sur la muqueuse, n'ait entravé et supprimé la muco-génèse.

Comme il ne fallait songer ni à fermer la fistule, ni à enlever le calcul obstruteur, je résolus de mettre un terme aux souffrances de la malade par la résection de la vésicule biliaire.

Opération faite le 28 juillet.

Je procédai d'abord à une désinfection complète de l'intérieur de la vésicule que je tamponnai avec de la gaze iodoformée, puis j'incisai, prolongeant mon incision un peu au-dessous de la vésicule. La vésicule fut relativement facile à détacher de ses adhérences avec l'intestin et le foie. Le canal cystique dans lequel, à moitié chemin, on trouva un calcul de la grosseur d'une amande fut réséqué jusqu'à l'origine du cholédoque, au-dessous des concrétions que j'ai mentionnées, et son extrémité fut rattachée à la plaie du ventre par des points de suture au catgut. Puis, on ferma la plaie.

Le succès fut complet : les vomissements après les repas disparurent sur l'heure.

La malade, très contente, sortit de la maison de santé le 21 août pour retourner en Angleterre où l'appelait son emploi.

OBSERVATION XXXII

Fistule muco-purulente. Cholécystectomie. Guérison. (Michaux.

Communication au congrès français de chirurgie. 1889.)

Je fus consulté à la fin de l'année dernière (1888) au petit hôpital Saint-Michel par une femme de 32 ans qui souffrait depuis plusieurs années d'une fistule biliaire des plus rebelles, contre laquelle on avait vainement épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicale et chirurgicale. Ma malade était une femme intelligente, maigre, sèche, un peu nerveuse ; elle

a été atteinte, à plusieurs reprises, de bronchite prolongée ; l'auscultation ne révèle cependant rien de suspect dans les sommets.

Il y a sept ans environ que la maladie a débuté par une première crise de coliques hépatiques très nettes, sans accompagnement d'ictère véritable, mais avec une légère teinte subictérique des conjonctives. Cette crise a été assez intense pour nécessiter un traitement à la maison municipale de santé ; l'éther, la térébenthine, l'eau de Vichy ont été employés successivement et ont fini par avoir raison des accidents. Toutefois de nouvelles crises n'ont pas tardé à se reproduire au nombre de cinq ou six, dans le cours de cette première année.

Au bout de ce temps, les douleurs devinrent permanentes dans la région de la vésicule ; bientôt même elles prirent une intensité plus considérable, en même temps que se développait une saillie ombilicale qui s'ouvrit après trois semaines de préparation et donna issue à une notable quantité de liquide séropurulent.

Huit jours après cette ouverture, des douleurs plus vives se manifestaient dans le trajet, et la malade fut fort étonnée de voir sortir par l'orifice fistuleux un calcul biliaire du volume d'une noisette, nettement taillé à facettes

A partir de cette époque l'écoulement ne se tarit plus. Un an plus tard, la malade se trouvant en Islande, issue d'un nouveau calcul plus volumineux que le précédent et, comme lui, taillé à facettes.

Depuis cette époque, trois autres calculs ont ainsi fait irruption au dehors, en suivant la même voie ; chaque élimination a été très douloureuse ; il y a environ deux ans, dit notre malade, que la dernière pierre est sortie.

La fistule n'a cessé de couler et de donner issue à un *liquide séreux*, jaunâtre, exhalant parfois une odeur bilieuse fade et même, dans quelques cas, une odeur très fétide. Cette sécrétion est assez abondante pour traverser et tacher complètement en un jour deux grandes serviettes pliées en plusieurs doubles. On comprend bien que l'irritation occasionnée par ces calculs et

par cette sécrétion purulente constante se soit accompagnée, à plusieurs reprises, de petits abcès de voisinage qui venaient accroître momentanément les souffrances et l'infirmité de cette femme.

Des douleurs hépatiques variables, des phénomènes gastralgiques pénibles se joignaient à cet écoulement incessant que rien ne parvenait à modifier, et la ténacité de cet état chez une femme de son âge était telle qu'elle avait fini par être un sujet d'inquiétude constante et par altérer toute sa résistance et son énergie morale pourtant très grandes.

Notre pauvre malade avait successivement épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicale, éther, térébenthine, usage répété d'eau de Vichy et des autres médications alcalines. Tous les petits moyens chirurgicaux avaient été mis en œuvre : pansements soignés et attentifs, injections irritantes dans le trajet, dilatation avec l'éponge préparée, les tiges de laminaire ; rien n'avait été négligé dans ce sens.

Au mois d'août de l'année dernière, le docteur Crofft, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis à Londres, avait incisé le trajet verticalement sur une longueur de trois ou quatre centimètres dans le but de rechercher encore quelque calcul ; une nouvelle exploration attentive avait été pratiquée sans révéler la pierre. Enfin, dans ces derniers temps, de nouvelles tentatives de dilatation aussi infructueuses que les précédentes avaient été faites par le docteur Piedvache, à l'hôpital homéopathique de Paris.

C'est dans ces conditions que la malade me fut adressée par une personne amie de ma famille. On comprendra sans peine toute ma perplexité au premier abord ; toutefois, après l'avoir bien examinée, et après mûre réflexion, sa situation me parut si pénible que je n'hésitai pas à lui proposer de tenter à nouveau par moi-même la série des moyens précédemment mis en usage, et, si je ne réussissais pas, comme il était facile de le prévoir, de faire une laparotomie exploratrice pour me rendre compte des lésions et y porter remède dans la mesure du possible.

A son entrée au petit hôpital Saint-Michel, le 12 janvier 1889, l'état local était le suivant : ventre plat, plutôt même légèrement excavé ; les rebords costaux, les crêtes iliaques et les muscles droits de l'abdomen se dessinent sous la peau de l'abdomen ; l'ombilic est le siège d'un orifice fistuleux à bords indurés et cicatriciels, par lequel s'échappe le liquide séropurulent décrit plus haut ; au-dessus de cet orifice, sur le trajet de la ligne blanche, une cicatrice blanchâtre marque l'incision faite par le docteur Crofft.

La région hépatique et celle de la vésicule biliaire font une saillie à peine appréciable à la vue ; par contre, dans toute la région sus-ombilicale du muscle grand droit de l'abdomen du côté droit, on éprouve une résistance anormale, surtout manifeste par comparaison avec le reste du ventre, dont les parois très souples permettent de sentir facilement la colonne vertébrale et les battements de l'aorte abdominale.

On a la sensation d'une tumeur vague et non nettement délimitée comme on aurait pu le désirer. A la percussion, la matité du rebord inférieur du foie déborde légèrement les fausses côtes droites ; la hauteur de l'organe ne semble pas augmentée ni sur la ligne mamelonnaire ni sur la ligne sternale. De plus, dans une étendue de 8 à 10 centimètres, une percussion très minutieuse, plusieurs fois répétée en présence de maîtres et d'amis, délimite une zone mate, de forme triangulaire, ayant son sommet à l'ombilic et sa base au bord inférieur du foie, le côté gauche figuré par la ligne blanche, le côté droit par une ligne unissant l'ombilic au milieu du rebord costal droit. Nous verrons plus loin combien cette matité, plusieurs fois vérifiée par une percussion alternativement légère et forte, était en réalité bien supérieure aux dimensions de la vésicule et en partie constituée par les fortes adhérences que ce réservoir avait contractées avec les organes voisins.

Les stylets les plus fins, engagés dans le trajet avec les courbures les plus variées, ne dépassent pas une profondeur de deux centimètres et demi, et ne fournissent aucun renseignement.

Les pansements iodoformés, tentés depuis une quinzaine de jours, n'ayant amené aucune modification de la sécrétion, j'essayai à nouveau la dilatation avec les tiges de laminaire et la gaze iodoformée; il fut impossible de dépasser la profondeur indiquée plus haut.

Bref, à la fin de janvier 1889, ma malade était exactement dans le même état que lors de sa première visite; je m'étais bien rendu compte de la réalité de ses souffrances et des ennuis de son infirmité; sur ses instances pressantes, après avoir pris l'avis de plusieurs de mes amis, je me décidai à intervenir, suivant le plan que j'ai indiqué plus haut.

Je m'étais auparavant assuré de la perméabilité du canal cholédoque par l'examen des sellés, du bon état du foie par la pression qui n'était pas douloureuse, et par la constatation du volume normal; enfin l'absence de toute poussée fébrile et douloureuse du côté de cet organe me faisait espérer que je pouvais compter sur un fonctionnement hépatique et biliaire suffisant. L'examen des matières n'avait révélé ni calcul ni sable biliaires.

D'autre part, l'état général était bon, la malade bien prévenue et parfaitement décidée; mon intervention était ainsi posée: laparotomie exploratrice; extirpation de la vésicule biliaire libérée de ses adhérences, si cela était possible; dans le cas où je n'aurais pu réaliser mon projet, je comptais nettoyer aussi complètement que possible la vésicule et la suturer au mieux.

Opération faite le 18 février 1889.

Elle fut faite avec la précieuse collaboration de mon excellent maître et ami M. Peyrot et de MM. Arnould et Brésard, internes des hôpitaux.

Toutes les précautions antiseptiques étant prises, je fais sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen du côté droit une incision verticale de 12 à 15 centimètres, étendue du rebord costal au niveau d'une ligne horizontale passant un peu au-dessous de l'ombilic. Cette incision me permet de reconnaître facilement que la vésicule se présente sous la forme d'une

tumeur oblongue, fixée par une extrémité effilée à la cicatrice ombilicale, adhérente en dedans et en arrière au colon transverse, reliée supérieurement au foie par une sorte de méso très épais qui se prolonge vers le duodénum, sans qu'il soit possible de distinguer à ce niveau le canal cystique.

Je commence par libérer la vésicule de son adhérence effilée à la cicatrice ombilicale; le pédicule est sectionné entre deux ligatures, et la portion laissée adhérente à l'ombilie est soigneusement cautérisée au thermocautère, au niveau de son extrémité sectionnée. Ce premier temps effectué, je sépare la vésicule des adhérences qui la fixent en dedans au colon transverse; bientôt ces adhérences sont si courtes et si étroites que je suis obligé de les sectionner au bistouri. Au cours de cette libération exécutée très lentement et avec grand soin, la paroi de la vésicule intimement adhérente à l'intestin est ouverte en un point, et je constate par l'ulcération qui en résulte la présence d'un calcul biliaire; bientôt l'orifice cicatriciel est assez grand pour livrer passage à ce calcul et je me vois obligé d'extraire par la même voie un deuxième calcul à peu près de mêmes dimensions, répondant par une facette plane à une facette semblable que présente l'extrémité supérieure du premier calcul que je viens de mentionner. Pendant cette extraction, un aide protège soigneusement avec des éponges le reste de la cavité péritonéale. Je touche très légèrement au thermocautère la portion de la paroi restée adhérente au colon transverse et mesurant environ 1 centimètre carré; deux pinces hémostatiques ferment l'orifice artificiel ainsi créé, et je me mets en devoir de séparer la vésicule de la face inférieure du foie.

Suivant les recommandations faites par Langenbuch et Thiriar, j'ai soin de me tenir loin du foie et, ayant saisi avec une pince le méso épais qui relie la vésicule au foie, je sectionne avec les ciseaux ce ligament épais et induré; il n'y a pas d'hémorragie appréciable. La vésicule ne tenait plus dès lors qu'au duodénum; il fut facile de reconnaître que ces adhérences étaient trop denses et trop étendues pour qu'il fût possible de

pousser plus loin sans danger la libération poursuivie jusqu'alors dans de bonnes conditions.

Sur les conseils de M. Peyrot, et après avoir exploré attentivement toutes ces adhérences, n'ayant constaté dans cette masse fibreuse aucun calcul, aucun relief en rapport avec le canal cystique, je me décide à sectionner la vésicule au niveau du point où sa libération cesse d'être possible. La section en est faite au thermocautère après ligature avec un gros fil de catgut et comme le pédicule restant est encore assez long, je décide avec M. Peyrot de le fixer à la paroi abdominale.

Cette fixation nous paraît plus sûre que la réduction d'un pédicule dont nous craignons l'extrême septicité en dépit des cautérisations de la surface de section faites au thermocautère. Une couronne de sutures au crin de Florence fixe les lèvres du pédicule à la paroi abdominale, immédiatement au-dessous du rebord des côtes, et, pour plus de sûreté, au moment de la suture de la plaie abdominale, je traverse encore le pédicule avec un gros fil d'argent.

Sans doute, il nous a paru un moment préférable de réduire le pédicule après l'avoir lié et désinfecté aussi soigneusement que possible, mais en nous rappelant les opérations de cholécystectomie dans lesquelles l'effusion de la bile dans la cavité péritonéale avait été la conséquence de cette réduction, et en considérant d'autre part les accidents septiques probables autour d'un pédicule très infecté, nous avons cru mieux faire en le maintenant au dehors.

Au cas particulier, la marche ultérieure des événements est venue, comme on le verra plus loin, nous donner raison. Je me garderai bien d'en tirer des conclusions absolues en faveur de la non-réduction du pédicule dans la cholécystectomie ; j'aurais plutôt de la tendance à croire que la réduction est la conduite idéale. Mais je pense surtout qu'il n'y a pas de règle absolue et qu'il faut se comporter suivant les circonstances.

Pansement iodoformé après suture de la paroi avec quatre

gros fils d'argent placés avec l'aiguille tubulée, et points complémentaires au crin de Florence.

Les suites immédiates de l'opération furent bonnes ; jusqu'au matin du quatrième jour la température ne dépasse pas 38° ; mais le 21 février, au soir, elle monte à 38° 5. Le lendemain matin, je juge prudent de défaire le pansement ; une rougeur manifeste existe autour du pédicule, principalement dans la région du gros fil d'argent qui le traverse. Je me hâte de l'enlever et trouve sa portion intra-pariétale absolument noire et oxydée. J'enlève également le crin de Florence le plus voisin. Quelques gouttelettes de pus s'échappent, mais je n'ose écarter davantage ; je me contente de laver au sublimé ce petit foyer et d'y placer un tube à drainage.

Les jours suivants, la température oscillant entre 38° 5 et 39° 5, je me résous à donner un peu plus de jour au pus, en enlevant la plupart des crins qui fixent le pédicule à la paroi.

Une légère détente s'ensuit, mais la défervescence n'est pas complète ; une seconde collection se forme autour du fil d'argent situé au-dessous du pédicule. Elle offre les mêmes caractères de phlegmon biliaire que le premier ; mais, pas plus que dans ce premier phlegmon, il n'y a d'écoulement bilieux proprement dit ; ce sont plutôt des grumeaux de tissu cellulaire sphacélé qui sont colorés en jaune intense par la bile.

Vers le 15^e jour, après des lavages soignés des foyers ouverts et pansés à l'iodoforme, les accidents cessent absolument : la température redevient normale entre 37° et 37° 5 et la plaie prend un bon aspect.

A la date du 18 mars, tout va bien ; la plaie n'est pas loin de se refermer au voisinage du pédicule, seule partie de l'incision qui ne soit pas réunie ; mais, le soir de ce jour, la température monte à nouveau à 38° 3 ; pendant quelques jours, elle oscille entre 37° 4 le matin et 38° 4 le soir ; malgré l'observation la plus attentive, il n'y a rien du côté de la plaie.

Le 22 mars, en examinant à nouveau le pansement, je le trouve inondé de bile. On jugera facilement de mes craintes ;

mais, le lendemain, c'est à peine si la sécrétion purulente est légèrement teintée en jaune verdâtre; il n'y a pas d'inflammation du voisinage. Puis tout rentre dans l'ordre.

Le 2 avril, la plaie est presque fermée; bientôt la malade se lève et commence à sortir. Elle nous quitte le 26 mai en très bon état, guérie de sa plaie depuis longtemps, et ne se plaignant plus que d'un léger tiraillement au niveau de la cicatrice.

La malade a été revue au mois d'août et enfin la veille de cette communication (20 octobre), c'est-à-dire huit mois après son opération. Son état est des plus satisfaisants; la malade est très heureuse d'être débarrassée de sa fistule et de son écoulement rebelle; son état général est bien meilleur; le teint n'est plus aussi jaunâtre, mais au contraire rosé; la malade, sans être bien grassée, a cependant notablement engraisé; quant à l'écoulement de la bile dans l'intestin, il doit s'effectuer d'une manière satisfaisante puisque les digestions sont bonnes, l'appétit meilleur, les matières parfaitement colorées; il n'y a pas de gêne dans le côté et, en résumé, le résultat de l'opération est des plus satisfaisants.

OBSERVATION XXXIII

Fistule muco-purulente. Cholécystectomie. Guérison.

(Michaux. Bulletin de l'Académie de Médecine, 10 juin 1890.)

Le 13 décembre dernier, j'examine dans le service de mon excellent maître, M. Léon Labbé, un grand et fort garçon de 26 ans qui entrerait dans son service à l'hôpital Beaujon pour une fistule siégeant au niveau de la région hépatique et datant pu mois de mai 1887.

Les premiers accidents étaient apparus en 1881, sous la forme de coliques hépatiques.

Au mois de mars 1884, une tuméfaction s'était formée lente-

ment dans la région de la vésicule biliaire ; aucun traitement ne vint à bout de la faire disparaître.

Le 31 mars 1887, le malade entre dans le service de M. Labbé qui constate un abcès volumineux de la paroi abdominale profonde, et peut-être de la vésicule.

L'abcès est incisé sur une étendue de 15 centimètres ; on ne trouve, contre toute attente, ni calcul biliaire ni liquide bilieux. La cavité est bourrée de gaze iodoformée.

Un mois après, le malade quitte l'hôpital, absolument guéri, et reprend son travail.

Mais, au bout bout de quinze jours, la cicatrice se rouvre et une fistule s'établit qui ne donne issue qu'à du *liquide muco-purulent*. L'analyse faite à deux reprises différentes n'a jamais révélé l'existence de principes biliaires.

M. Labbé conseille de dilater le trajet avec la laminaire pour pouvoir l'explorer avec soin, mais une exploration attentive pratiquée par mon excellent maître et par moi ne révèle la présence d'aucun calcul biliaire. Malgré cette absence de calculs perceptibles, nous portons néanmoins le diagnostic de fistule biliaire probable.

Je laisse voir au malade la possibilité d'une guérison radicale par la cholécystectomie, car les moyens simples ne suffisent pas.

Ils sont repris avec patience mais sans aucun résultat, et nous étant assurés de la perméabilité du canal cholédoque par l'examen des matières qui n'ont jamais cessé d'être colorées par la bile, nous nous préparons à extirper la vésicule.

L'opération est pratiquée le 2 février, en l'absence de M. Labbé, avec le concours de mes excellents maîtres et collègues MM. Peyrot et Schwartz, chirurgiens des hôpitaux, et des internes du service, MM. Adler et Sardou, le 20 février 1890.

Comme dans le premier cas, je fais une incision verticale de douze à quinze centimètres, sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen.

Cette incision d'abord purement pariétale nous permet de

constater l'existence d'une grosse induration de la paroi qui paraît presque indépendante de la vésicule biliaire et ce n'est qu'après une exploration soignée à travers le feuillet péritonéal intact que je sens enfin la vésicule petite, rétractée, remplie par quelques calculs biliaires.

Suivant le plan que je m'étais proposé, je commence par enlever largement le trajet fistuleux intra-pariétal, sans pénétrer d'abord dans son intérieur ; mais bientôt des irrégularités me forcent à l'ouvrir directement et je constate un trajet en I avec des ampoules larges dans l'une desquelles on retrouve un petit tube à drainage.

Cette extirpation terminée, je suis le trajet fistuleux jusqu'à la vésicule à l'extrémité de laquelle il adhéraît par un canal très étroit et très mince, absolument imperméable ; cette partie de la paroi est suturée et le péritoine incisé.

Je me mets en devoir d'extirper la vésicule que je dégage d'abord assez facilement de quelques adhérences légères. Je la détache ensuite du foie, ce qui s'opère avec prudence et sans hémorrhagie considérable ; la vésicule, très profondément située, peut être amenée vers la paroi. Elle était petite et remplie par des calculs allongés comme deux petites olives superposées ; le canal cystique n'est pas isolé, pas plus que dans ma première observation, mais la palpation attentive de toute cette région ne révèle aucun calcul.

Je pose donc un fil de soie très solide à la base de la vésicule, et je sectionne au thermocautère ce pédicule soigneusement isolé du reste de la cavité abdominale par un lit de gaze iodoformée.

Le pédicule nous paraissant bien lié, je le laisse sans trop de crainte dans le péritoine et je referme la paroi.

Pendant trois ou quatre jours le malade fut un peu subictérique ; la température monta à 38°, 38° 5 ; il y eut un peu d'oppression ; mais le ventre fut souple ; quelques ventouses sèches dissipèrent les accidents et, un mois après, la réunion était complète sans aucun accident et par première intention.

Le malade nous a quitté très content; il est retourné achever sa convalescence dans son pays; il est revenu ces jours derniers absolument bien portant et il a repris son travail.

OBSERVATION XXXIV

Lithiase de la vésicule biliaire. — Cholécystostomie (suture seconde). — Fistule muqueuse. — Cholécystectomie 28 mois plus tard. — Guérison. — (Monod, Société de chirurgie, 20 mai 1896.)

Femme, 33 ans, rhumatisante, arthritique, bien portante d'ailleurs.

Depuis six ans, coliques hépatiques survenant cinq à six fois par an, jamais d'ictère; pas d'amaigrissement ni perte de forces.

Dans l'hypochondre droit, derrière le muscle droit, tuméfaction dure, mal délimitée, mobile avec les mouvements de la respiration. Le foie n'est pas notablement augmenté de volume.

Le 15 décembre, laparotomie.

Incision médiane; la vésicule distendue apparaît sous la lèvre droite de la plaie. Ponction; issue de 80 grammes d'un liquide ayant l'aspect et presque la consistance du sirop d'orgeat. Incision de la poche et extraction de deux à trois calculs, dont l'un a le volume d'une petite noix. Un dernier calcul, logé dans le canal cystique, ne peut être dégagé. Il est laissé en place. Fixation de la plaie vésiculaire à la paroi abdominale. Drain dans la cavité. Fermeture de la paroi du ventre au-dessus et au-dessous.

Suites excellentes, pas de fièvre. Les fils sont enlevés le 9^e jour; réunion complète, sauf au niveau du point où passe le drain. Issue par celui-ci de quelques gouttelettes de *mucus*; pas de bile.

Les jours qui suivent, on fait à diverses reprises des tentatives pour extraire le calcul enclavé. Il se brise, et on n'obtient que quelques fragments.

La malade quitte l'hôpital en conservant son calcul et sa fistule, qui ne donne issue qu'à du mucus non coloré par la bile.

Elle rentre à l'hôpital en avril 1895, donc deux ans et quatre mois après la première intervention. Elle porte toujours au niveau de la cicatrice un petit orifice fistuleux donnant issue à un liquide transparent qui, examiné, ne contient pas trace de pigments biliaires. Au stylet, l'on sent nettement le calcul laissé lors de la première opération. Pas de nouvelles coliques hépatiques; pas d'ictère.

Le 29 avril 1895, nouvelle laparotomie.

Incision verticale passant par l'orifice fistuleux.

✓ Dégagement de la vésicule au bistouri et aux ciseaux; des adhérences qu'elle a contractées avec la peau et les parties voisines. Ce dégagement est poussé jusqu'au foie. Le calcul enclavé est extrait par débris, à la curette, jusqu'à ce que le stylet n'en trouve plus trace.

Tentative de cathétérisme des voies biliaires : la bougie ne peut même pénétrer dans le canal cystique.

Cette exploration négative d'une part, l'examen du liquide fourni par la fistule d'autre part montrant que la communication de la vésicule avec les voies biliaires n'existe plus m'engagent à pratiquer la résection de celle-ci.

La section porte le plus près possible du foie. Suture de la plaie vésiculaire par deux plans de suture au catgut superposés. Fermeture de la paroi abdominale complète, moins l'espace nécessaire au passage d'une mèche de gaze iodoformée et d'un drain qui pénétrèrent jusqu'au moignon de la vésicule suturée.

Suites : la gaze iodoformée est enlevée le lendemain ; le drain est maintenu.

Le 2 mai, écoulement d'un peu de bile par le drain ; depuis lors, cet écoulement ne s'est pas reproduit.

Le 5 mai, ablation des fils de la paroi.

Le 8 mai, suppression du drain.

Le 25 mai, sortie de la malade guérie.

J'en ai reçu des nouvelles récemment (1896), la guérison se maintient.

OBSERVATION XXXV (traduction personnelle).

Tumeur de la vésicule biliaire. — Cholécystostomie. — Fistule purulente. — Cholécystectomie. — Mort : cancer de la vésicule biliaire.

(Kehr, Eilers, Lücke, in Archiv. f. Klin. Chirurgie, Berlin, 1899).

Madame M..., 56 ans, de Wernigerode. Entrée le 21 juin 1897. Opérée le 23 juin 1897 : Cholécystostomie. Sortie le 14 juillet 1897. Cholécystectomie le 15 octobre 1897. Morte le 15 octobre (cancer de la vésicule biliaire).

La malade, mère d'un enfant bien portant, est envoyée à la clinique par le docteur Riedel. Elle a joui longtemps d'une excellente santé, mais depuis quatre ans elle souffre de crampes d'estomac. Elle a également éprouvé des douleurs violentes débutant dans la région de la vésicule biliaire et irradiant dans le dos. Constipation, vomissements pendant les crises douloureuses. Pas d'ictère. Somme toute, la malade a supporté environ douze accès de coliques, accès qui se succédaient à différents intervalles et qui, en moyenne, duraient plusieurs heures. Absence de frissons. Dans le cours de la dernière année, les souffrances ont augmenté, la malade éprouve une sensation de pesanteur au niveau de la vésicule, sensation accablante et persistante. Aussi la malade se décide-t-elle à l'opération.

Etat actuel. — Femme de taille moyenne, de bonne constitution. Pas d'ictère. Etat normal du cœur et des poumons. Foie et rate ont un volume normal. En palpant la vésicule biliaire, l'on sent une zone très douloureuse à la pression, et très résistante. Absence de fièvre ; pouls régulier, bien frappé (74 pulsations à la minute). Urines ne contenant ni albumine, ni sucre, ni matières colorantes de la bile. Les selles sont brunâtres et ne renferment pas de glaires.

Diagnostic. -- Lithiase biliaire. Adhérences. Calculs dans la vésicule enflammée.

Opération le 23 juin 1897. Chloroformisation. Incision le long du bord externe du muscle droit de l'abdomen. Après l'ouverture de la cavité abdominale, l'épiploon apparaît adhérent au péritoine pariétal. L'on détruit ces adhérences et on voit alors la vésicule biliaire, de grandeur moyenne, de couleur blanc jaunâtre. De la vésicule partent des adhérences qui vont à l'épiploon et au pylore. L'on détruit ces adhérences et on fait ensuite la ponction de la vésicule ; il s'écoule à peu près 50 centimètres cubes d'un liquide séro-sanguinolent presque purulent. L'on élargit l'ouverture faite par la ponction et on retire 226 calculs de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette. C'est alors que le cystique et le cholédoque, libérés des calculs, laissent couler un liquide teinté de bile.

Suture de la vésicule au péritoine pariétal. Introduction d'un drain.

Fermeture partielle de la plaie abdominale. Pansement. Durée de l'opération : une heure.

Le malade a bien supporté l'opération ; pas de fièvre, pas de vomissement : dès le lendemain, elle peut prendre des aliments liquides. Par le drain introduit dans la vésicule, il ne sort pas de bile ; lorsque l'on renouvelle le premier pansement, il ne s'échappe que du *mucus clair* ; la plaie est en bon état. La malade quitte bientôt le lit et, vu son état général satisfaisant, elle sort de la clinique le 14 juillet, conservant une fistule muqueuse. Elle vient alors en moyenne deux fois par semaine se faire

panser, dès que le pansement est traversé par les sécrétions. Vu la persistance de la fistule, on décide une deuxième opération, car on suppose qu'il existe un calcul situé profondément, trop profondément pour être atteint par la sonde.

2^e opération le 15 octobre 1897. Ouverture de l'abdomen par une incision faite sur la ligne blanche et partant de l'appendice xiphoïde. A l'aide d'une sonde introduite dans le trajet fistulaire, on reconnaît l'orientation de la vésicule, et on la libère des adhérences ; on isole le cystique et le cholédoque. Dans le cystique, on ne trouve aucun calcul. La paroi de la vésicule est considérablement épaissie ; cet épaississement est surtout accentué sur la région de la vésicule qui correspond à la face inférieure du foie. Vers la veine porte et dans l'épiploon on sent plusieurs ganglions très tuméfiés. Tous ces signes font supposer l'existence d'un cancer de la vésicule biliaire ; cette vésicule est extirpée.

A l'aide de tampons on étanche le flux sanguin provenant du tissu hépatique. Le moignon du cystique, après ligature préalable, est resuturé superficiellement. L'on ferme partiellement la plaie abdominale. Tamponnement au niveau de la face inférieure du foie et près du moignon du canal cystique. Pansement.

Durée de l'opération : une heure un quart.

La malade est dans le collapsus : pouls faible et rapide. L'on prolonge la vie avec des excitants ; la mort arrive le 16 octobre, à 9 heures du matin.

L'autopsie ne fut pas permise.

La vésicule a été envoyée à l'Institut d'anatomie pathologique de Göttingen. Là le diagnostic de « cancer » fait à l'œil nu a été confirmé par l'examen microscopique.

OBSERVATION XXXVI (traduction personnelle)

Lithiase de la vésicule biliaire. Cholécystostomie. Fistule purulente. Cholécystectomie. Mort par péritonite. Carcinome de la vésicule. (Czerny, in Petersen: Beiträge zur Klin. Chirurg. 1899, t. xxiii, p. 705).

Madame M. B. K., 51 ans.

Depuis huit ans souffre de douleurs articulaires. A*part cela, elle jouit d'une bonne santé. Depuis la fin de septembre, elle se plaint d'élancements dans la région hépatique avec irradiations douloureuses vers les lombes. Les fonctions intestinales s'accomplissent mal : constipation opiniâtre nécessitant l'usage des purgatifs et des lavements. Dans la suite les douleurs deviennent plus vives, persistent davantage et présentent des exacerbations semblant indépendantes du régime alimentaire suivi. Depuis huit semaines la malade est alitée ; depuis quatre semaines elle présente une induration de l'hypochondre droit. Absence d'ictère, de nausées, de vomissements ; les selles ne contiennent ni sang, ni calcul, ni aucun élément anormal. Depuis huit semaines, amaigrissement assez accentué.

Etat actuel (21 décembre 1894). — Femme de forte constitution quoique un peu anémiée ; le foie est augmenté de volume et déborde les fausses côtes, la région de l'hypochondre gauche est souple et non douloureuse, mais le mésogastre et l'hypochondre droit sont sensibles à la pression. A la pointe de la dixième côté existe une tumeur résistante, de forme convexe, descendant vers l'ombilic, large de plusieurs travers de doigt, et très douloureuse à la pression, mobile avec la respiration.

Diagnostic clinique : Cholélithiase. Cholécystite chronique ; peut-être empyème de la vésicule.

Opération le 29 décembre 1894. Une incision de trois centimètres au-dessous du rebord costal ouvre la cavité abdominale et montre le bord inférieur du foie. La vésicule apparaît,

très saillante, elle est libérée de ses adhérences et ponctionnée ; il s'écoule alors 50 centimètres cubes d'un pus légèrement teinté de bile. Le trocart, dans le fond de la vésicule, heurte sur des concrétions ; l'ouverture de la vésicule est agrandie jusqu'à son pôle inférieur ; à l'aide d'une curette, on retire 58 calculs ; la muqueuse vésiculaire apparaît très ulcérée et recouverte de granulations transparentes.

Le pôle inférieur de la vésicule, avec sa paroi très épaissie est attiré à travers la plaie abdominale et suturé en son centre pour former une fistule. Après évacuation de calculs polyédriques, peu colorés par la bile, ayant le volume d'une lentille à celui d'une noisette, il ne s'écoule pas de bile. L'on ne sent aucun calcul dans le canal cystique ; encore celui-ci ne peut-il être sondé dans toute son étendue. Lavage de la vésicule avec une solution saline bouillie. Tamponnement à la gaze iodoformée. Fermeture de la plaie abdominale par le procédé de Spencer-Wells.

Diagnostic anatomique : Cholélithiase. Cholécystite chronique ulcéreuse. Empyème de la vésicule.

Suites. — Après l'opération, fièvre, pouls à 120. Météorisme. Douleur dans la région de la plaie chirurgicale. Ces phénomènes persistent jusqu'au 16 janvier 1895. De la fistule il ne s'échappe aucune goutte de bile ; par contre, au cours de la deuxième semaine, il s'échappe *un peu de pus*. C'est pourquoi l'on tente une deuxième opération le 17 janvier 1895.

Opération le 17 janvier 1895. — L'on dilate et on élargit la fistule. La vésicule est isolée jusqu'à son insertion supérieure, près du foie, et enlevée à l'aide des ciseaux. Une hémorrhagie, provenant d'un vaisseau profond, nécessite un tamponnement. Un abcès rétro-vésiculaire, situé profondément, est lavé avec une solution de sublimé ; ses parois sont curetées et sa cavité tamponnée avec de la gaze iodoformée.

La vésicule, ainsi extraite, est fortement épaissie, infiltrée d'un tissu mou qui, examiné microscopiquement, présente les caractères d'un cancer.

Après la deuxième opération, l'état général est mauvais. La malade meurt avec des symptômes de péritonite.

Autopsie. Noyaux cancéreux secondaires dans le foie; hémorrhagie secondaire; péritonite purulente.

OBSERVATION XXXVII (Traduction personnelle).

Empyème de la vésicule biliaire. Cholélithiase. Péritonite. Cholécystostomie. Fistule muqueuse. Cholécystectomie. Guérison. (Matlakowski, in Gazeta Lekarska, 1891.)

Gi.....ka, Casimire, âgée de 28 ans, institutrice, m'est envoyée par mon collègue Zacharewicz; elle arrive dans mon service le 21 février 1889. En l'examinant, je trouve une douleur vive dans le côté droit de l'abdomen. Vu l'intensité de cette douleur, je n'ai pu que constater la présence d'une tumeur ovoïde très allongée, pouvant occuper successivement le côté droit et le côté gauche de l'abdomen. Cette tumeur est lisse, dure, plus mobile par son extrémité inférieure que par son extrémité supérieure. Quand j'annonçai à la malade la probabilité d'une opération, elle me répondit qu'elle préférerait mourir plutôt que de se faire opérer.

Le 24 février, elle tombe si gravement malade qu'elle me fait venir; la palpation est, en ce moment, rendue impossible par suite des douleurs atroces qu'éprouve la malade. Sur ma proposition, elle se laisse conduire dans mon service le 25 février 1889. Je résolus immédiatement de la chloroformer, de la palper avec soin, et de procéder sans retard à l'opération, si je jugeais celle-ci nécessaire.

G. K. ne se considère malade que depuis une semaine; c'est à ce moment seulement qu'elle avait appris du docteur Zacharewicz l'existence de sa tumeur abdominale. Depuis un an toutefois, elle éprouve des douleurs dans le côté droit; elle a maigri notablement, mais elle ne s'est pas préoccupée de ces malaises. Elle n'a jamais présenté ni nausées ni vomissements,

ni hoquets, ni ictère, ni selles sanguinolentes; la constipation est habituelle, sans qu'il y ait eu jamais arrêt complet des selles. Les mictions sont normales, se répètent deux ou trois fois dans les 24 heures. Les menstrues sont régulières, légèrement douloureuses. Pas de grossesse.

La malade étant endormie, nous avons trouvé, avec l'aide de nos collègues Zawdyski et Ciechomski, une tumeur ayant presque le volume d'une tête de nouveau-né; cette tumeur est ovoïde, située immédiatement derrière la paroi abdominale, dans la partie droite de l'abdomen; elle se laisse mouvoir assez facilement et se trouve ainsi derrière la ligne blanche. L'extrémité inférieure de cette tumeur est plus mobile que le pôle supérieur; celui-ci, autant qu'on peut l'apprécier, vient se loger sous les côtes; la tumeur est lisse et dure, elle est entourée d'une zone qui, à la percussion, donne une sonorité tympanique; le tympanisme est encore plus accentué vers le rebord costal.

Le foie n'est pas hypertrophié; les deux régions rénales sont élastiques; les organes génitaux internes, étudiés par notre collègue Winawer, ne présentent aucune modification et n'ont aucune relation avec la tumeur. Le cœur et les poumons sont normaux.

La malade est de forte constitution et possède une couche épaisse de tissu adipeux. Nous éliminons les affections des autres organes (estomac, ovaire, utérus, rein), et d'après la situation et la forme de la tumeur, nous pensons qu'il s'agit de la vésicule biliaire.

Immédiatement, avec l'aide de nos collègues Jawdyskieg, Ciechomskieg, Borsuk, Winawer et Slupeckieg, nous avons procédé à l'opération. Nous ouvrons la cavité abdominale sur le bord externe du muscle droit; nous arrivons sur une tumeur lisse, de couleur bleu foncé, munie de vaisseaux se dirigeant de haut en bas.

En haut, la tumeur se prolonge sous les côtes; en bas, elle adhère au péritoine, et se termine en cul-de-sac; elle est dure

et tendue. Ponction et aspiration avec l'appareil Potain : le contenu est un liquide légèrement teinté de sang, filant, très clair au début, trouble ensuite. Il s'en écoule environ 750 centimètres cubes.

Après avoir rompu les adhérences avec l'intestin, on introduit la main le long de la face inférieure de la tumeur : celle-ci se rétrécit dans sa partie profonde, se transforme en une corde dure et revêt ainsi un aspect piriforme.

La tumeur étant fixée, on diminue l'ouverture abdominale avec une suture en surjet ; l'on fixe par quelques points la paroi de la vésicule à la plaie abdominale. Enfin, l'on ouvre largement la vésicule et l'on suture ses parois à l'abdomen par un second étage de points. Un doigt, introduit dans la cavité vésiculaire, extrait quelques calculs ; lavage de cette cavité à l'eau boriquée et pansement. L'opération a duré une heure et demie.

Les suites sont excellentes : absence de fièvre, de vomissements, de douleurs. Le troisième jour, on change le pansement. Il s'écoule un peu de bile, après l'extraction de la gaze qui avait été introduite dans la vésicule. L'on met deux drains.

Il n'existe aucune douleur abdominale ; la plaie se guérit d'elle même, mais de la vésicule sortent des mucosités non teintées de bile et contenant quelques petits calculs,

Le 19 mars, après lavage de la vésicule, il sort trois gros calculs, ayant le volume d'une noisette et munis de leurs facettes caractéristiques.

La malade quitte l'hôpital le 17 avril, portant une fistule très rétrécie ; on espère toutefois que la guérison se fera spontanément, les parois de la vésicule se rapprochant l'une de l'autre. Mais le fait ne se produit pas : les cautérisations répétées de la muqueuse vésiculaire, le curettage exécuté deux fois avec la curette de Volkmann ne parviennent pas à diminuer la cavité sécrétante.

La malade, ayant perdu l'espoir de guérir, entre de nouveau dans mon service le 5 mai 1890. Elle ne se plaint que d'une chose : de l'écoulement muqueux qui se fait par la fistule ; celle-

ci s'est rétrécie beaucoup ; elle est si étroite qu'elle laisse à peine passer la plus fine des bougies.

De temps à autre la fistule s'oblitére presque complètement ; la malade ressent alors du ballonnement, un sentiment de gêne et finalement une douleur occupant le flanc droit, douleur qui empêche le sommeil, et qui gêne la malade dans ses occupations. Cette douleur est semblable à celle qu'on éprouve au niveau d'un foyer de pus collecté sous pression. Puis la fistule s'ouvre de nouveau et il s'écoule un *liquide muqueux*, transparent, très abondant d'abord, puis diminuant peu à peu. Les mêmes faits se reproduisent environ deux fois par semaine, rendant la vie insupportable à cette malade qui souffre et qui est obligée d'interrompre son travail. De la fistule s'écoule toujours un liquide opalin et blanchâtre, ne contenant aucun des éléments de la bile ; absence d'ictère ; digestions parfaites, selles normales. La malade a engraisé et paraît bien portante. L'on ne peut, à l'aide d'une sonde, rencontrer de calcul. Dans ces conditions, malgré la mauvaise volonté de la malade, nous dûmes entreprendre une nouvelle opération.

Deux interventions étaient possibles :

Ou bien ouvrir l'abdomen, fixer la vésicule biliaire à une anse intestinale et par le procédé de Winiwarter diriger l'écoulement muqueux de la vésicule dans l'intestin (cholécystentérostomie).

Ou bien faire la résection de la vésicule.

La première de ces opérations me parut très difficile au point de vue du manuel opératoire, pour les raisons suivantes : j'aurais dû isoler la vésicule des adhérences contractées avec la paroi abdominale, avec le foie, avec le péritoine et je me figurais la vésicule comme réduite à un canal étroit, ayant des parois atrophiées et par conséquent peu favorables pour une suture à deux plans.

Pour ces deux raisons et surtout à cause de l'oblitération du cystique qui enlevait à la malade le danger le plus terrible de

la cholécystectomie, c'est-à-dire l'épanchement de bile dans la cavité abdominale, je choisis cette dernière opération.

Elle fut faite le 12 juin après avoir consulté mon collègue Jawdyski, en présence de nombreux confrères. La chloroformisation est fort pénible et on ne peut obtenir la résolution complète. Avant tout, j'élargis l'ouverture de la fistule : après avoir introduit le doigt, je reconnais que, derrière la paroi abdominale, au lieu d'un trajet canaliculé, je trouve une vaste cavité d'où s'échappent plusieurs onces de liquide vitreux. Puis j'ouvre la cavité abdominale sur l'ancienne cicatrice. Là, à mon grand étonnement, je ne trouve aucune adhérence avec l'intestin, le péritoine, ou la vésicule biliaire. La paroi de celle-ci, au contraire, se montre brillante comme à l'ordinaire. Je remonte le plus haut possible avec le doigt, mais je ne trouve aucun calcul enchatonné dans le canal biliaire qui aurait pu occasionner une oblitération et empêcher l'écoulement de bile dans le duodénum ou à l'extérieur. J'isole la vésicule de la paroi abdominale et du foie, je lie quelques artérioles qui donnent un peu de sang ; j'introduis le doigt le plus loin possible dans la vésicule et je fais une ligature, après l'avoir attirée au dehors. Cette ligature porte sur le canal cystique. Je coupe la vésicule au-dessous de la ligature, je cautérise le moignon au thermocautère, puis à l'aide de quelques points, pour ma tranquillité, je fixe le moignon à la partie supérieure de la plaie. Pansement.

Le même jour, la malade éprouve des douleurs très vives dans l'hypochondre droit, sans vomissement. Les suites sont heureuses, sans fièvre ni autre accident.

Le 18 juin, premier pansement ; on retire la gaze ; il s'écoule alors de la bile épaisse et filante (trois cuillerées environ).

Le 21 juin, même écoulement bilieux. L'on met un drain ; de cette façon le liquide peut s'écouler au dehors (une cuillerée environ chaque jour).

Puis la plaie se cicatrise et la malade, complètement guérie, sort de l'hôpital le 12 juillet 1890. Depuis cette date, elle continue à se bien porter.

OBSERVATION XXXVIII (traduction personnelle

Lithiase de la vésicule biliaire. Cholécystostomie. Fistule muqueuse persistante. Cholécystectomie secondaire. Guérison.

(W. Mayo Robson, A series of fourteen cases of Cholecystotomy. in Transactions of the Clinical Society of London, 1890.)

Mlle H., 21 ans.

Nature de l'affection : lithiase, rétrécissement du canal cystique. Tumeur biliaire.

Antécédents : douleurs persistantes pendant plusieurs années ; accès paroxystiques. Absence d'ictère, existence d'une tumeur depuis quelques mois.

Date de l'opération : février 1885.

Opération : cholécystostomie ; extraction de 60 calculs blanchâtres.

Suites : fistule muqueuse persistante, guérie par une cholécystectomie.

Dans ce cas, dit Mayo Robson, l'opération primitive fut faite pour une distension de la vésicule biliaire qui semblait être la cause de vomissements persistants ; 60 calculs furent enlevés, et la patiente fut délivrée de vomissements et autres symptômes sérieux après lesquels elle retourna chez elle. Dans ce cas aussi persista une fistule d'où s'écoulait un *liquide clair*. La cholécystectomie fut pratiquée secondairement pour délivrer la malade de cet écoulement. La fistule était due à un rétrécissement du canal cystique.

OBSERVATION XXXIX

Lithiase de la vésicule biliaire. Cholécystostomie. Fistule muco-purulente. Cholécystectomie secondaire. Guérison

(Morestin, in Bulletin de la Société Anatomique, avril 1900).

Mme R, âgée de 24 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis le 13 février 1899.

Après des crises de douleurs vives dans la région du foie, elle avait eu la jaunisse.

A la palpation, l'on sentait une tumeur située au-dessous du rebord costal, derrière le muscle droit.

En juillet 1898, M. Richelot, après laparotomie médiane, avait trouvé une vésicule énorme qu'il fixa à la paroi et qu'il ouvrit. Plusieurs calculs sortirent par l'orifice ; l'état général devint meilleur, l'écoulement biliaire diminua et il ne resta plus qu'un pertuis fistuleux. Au dire de la malade, de la bile se serait écoulée de temps en temps par la fistule.

Actuellement, cet orifice donnait issue à une quantité considérable d'un *liquide blanchâtre, muqueux, filant, presque incolore, strié de petits flocons de muco-pus*. La malade désirait être débarrassée de cette infirmité.

Le stylet, engagé dans la fistule, pénétrait dans une sorte de petite caverne sous-cutanée où s'ouvrait la véritable fistule dont le cathétérisme était bien difficile, mais qu'on pouvait reconnaître jusqu'à une profondeur de 8 centimètres.

A la palpation, l'on sentait une sorte de gâteau rétro-pariétal descendant vers la région ombilicale. Je me décidai à faire la cholécystectomie, le 18 février.

L'opération fut difficile ; des adhérences unissaient l'épiploon, l'intestin, l'estomac, la vésicule et le foie ; elles purent être heureusement dissociées ; le foie était abaissé et la vésicule, très allongée, descendait derrière le muscle droit jusque dans

la région ombilicale. La tumeur perçue était presque médiane, et c'est pourquoi, comme M. Richelot, j'avais fait l'incision sur la ligne blanche.

La vésicule était très épaisse (8 à 9 millimètres), très vasculaire, rigide, dure. Chaque coup de ciseau donné sur la paroi ouvrait une ou deux petites artères. La vésicule contenait deux calculs gros comme des noisettes.

Un autre, plus volumineux, était retenu dans le bassin de la vésicule. Il se laissa fragmenter et extraire à la curette.

La vésicule fut alors excisée ; elle était ferme comme une coque de carton.

La malade a guéri complètement, ainsi que j'ai pu m'en assurer récemment, car elle est revenue à Saint-Louis se faire traiter d'un psoriasis.

OBSERVATION XL (résumée)

Lithiase biliaire. Cholécystostomie. Fistule muqueuse persistante. Cholécystectomie secondaire. Guérison.

(P. André, Société de médecine de Nancy, séance du 9 mai 1900 ; reproduite in *Revue médicale de l'Est*, 1900.)

Il s'agit d'une femme de 26 ans chez laquelle les symptômes de lithiase biliaire dataient d'un an. Il n'y avait jamais eu ni coliques hépatiques, ni ictère. On trouvait sur le bord du muscle droit, au siège classique de la vésicule, une petite tumeur arrondie, douloureuse.

Le 26 août 1899, André pratiqua la cholécystostomie (fixation première). Le 25 septembre, on retire le drain : l'écoulement se tarit et la fistule semble s'oblitérer. Mais après quelques alternatives d'oblitération et de réouverture, il s'établit définitivement *une petite fistulette qui donne issue à un écoulement peu abondant et uniquement muqueux*, constitué par la sécrétion de la vésicule. Il ne s'écoule pas de bile. L'état général est bon.

Les symptômes douloureux qu'éprouvait autrefois la malade ont disparu. Elle demande à être débarrassée de sa fistule qui persiste depuis près de 8 mois. L'écoulement, uniquement muqueux, indiquait que le cystique était oblitéré soit par un autre calcul, soit par un rétrécissement fibreux. Les voies biliaires inférieures sont libres.

Le 19 avril, on tente un cathétérisme par la fistule ; la bougie pénètre d'environ 12 centimètres, puis frottée sur un calcul qui semble profondément enclavé dans le col de la vésicule.

Le 20 avril, on pratique la cholécystectomie en réséquant à la fois la vésicule et la portion de la paroi qui porte la fistule ; l'opération est assez facile, malgré le gros volume du foie qui déborde les côtes de quatre doigts environ et les adhérences de la vésicule avec la paroi. On sent en effet, en arrivant au col de la vésicule, à son union avec le cystique, un assez gros calcul enclavé. Pendant les manœuvres pour libérer et attirer la vésicule au dehors, le calcul se désenclave et tombe dans la vésicule. Les derniers temps de l'opération ne présentent rien de particulier. Drainage pendant une huitaine de jours. Suites favorables. Quinze jours après l'opération, la malade est à peu près guérie.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques réflexions :

« Dans ce cas, la persistance d'une fistule muqueuse après la cholécystostomie, la consistance du calcul enclavé à l'origine du cystique et qu'il eût été très difficile d'extraire par les voies naturelles m'ont fait adopter, pour débarrasser la malade de sa fistule, la cystectomie secondaire, comme étant l'opération la plus propre à mettre la malade à l'abri d'une récurrence ultérieure, en enlevant la vésicule devenue inutile par l'oblitération du cystique, les voies biliaires inférieures étant d'ailleurs libres. »

OBSERVATION XLI (personnelle)

*Fistule muco-purulente de la vésicule biliaire consécutive
à une cholécystostomie. Cholécystectomie. Guérison.*

Mme B..., âgée de 33 ans, journalière, entre à l'hôpital Cochin dans le service de M. le docteur Schwartz, le 26 mars 1901, pour une fistule muco-purulente de l'hypochondre droit. Interrogée, elle donne les renseignements suivants :

Antécédents héréditaires : Père âgé de 80 ans, bien portant. Mère morte d'hémorragie cérébrale à 68 ans.

Deux sœurs et quatre frères bien portants.

Antécédents personnels : Réglée à 12 ans, régulièrement; quelques pertes blanches; coqueluche à l'âge de 7 ans; pas d'autre maladie sérieuse, bonne santé habituelle.

A l'âge de 28 ans, première grossesse: accouchements spontanés et à terme d'une fille vivante, élevée au biberon et actuellement bien portante, suites de couches normales.

C'est au cours de sa seconde grossesse que cette jeune femme présente des accidents hépatiques. Les dernières règles ont lieu vers le 15 septembre 1900 (terme approximatif de la grossesse: 25 juin 1901). Pendant les premiers mois, tout évolue normalement. Le 27 mai, dans la journée, Mme B... vague à ses occupations habituelles, mange de bon appétit et se couche en parfait état de santé. Mais dans la nuit, vers une heure du matin, elle est réveillée brusquement par une douleur aiguë, lancinante, siégeant dans l'hypochondre droit et irradiant vers la région lombaire et tout le côté droit du corps. A cette douleur intolérable s'ajoutent bientôt des nausées, des vomissements alimentaires et bilieux. Très impressionnée, localisant mal ses sensations, éprouvant des souffrances dans tout l'abdomen, Mme B... se croit sur le point d'accoucher et fait appeler une sage-femme. Celle-ci, après examen, ne constate aucun début de travail et demande l'avis d'un médecin qui porte le diagnostic de colique

hépatique et, vu l'état de grossesse avancée de la malade, juge prudent de la faire admettre à la Maternité. Elle y arrive le 28, au matin, entre en travail dans la soirée, et accouche prématurément (8 mois) le 29 mai, à 3 heures du matin, d'un garçon vivant pesant 3200 grammes. Le placenta ne se décollant pas, on est obligé d'introduire la main dans la cavité utérine et de pratiquer la délivrance artificielle ; toutefois l'accouchée a perdu peu de sang.

Le même jour, à midi, elle éprouve un malaise général, un sentiment d'angoisse, de la gêne respiratoire et un grand frisson ; la peau est chaude, la soif vive ; la température est de 40°, le pouls est rapide et bat à 120 ; la région hépatique est douloureuse, la vésicule est tuméfiée. Ni nausées, ni vomissements.

Elle est opérée dans l'après-midi par M. le docteur Potocki qui, après abouchement de la vésicule à la paroi abdominale, extrait un calcul du volume d'une noix. Après cette intervention, injection d'un litre de sérum artificiel. Les jours suivants, il existe une très légère teinte subictérique des téguments. La malade reste à la Maternité pendant deux mois ; les douleurs ont disparu, la fièvre a cessé ; mais il persiste une fistule donnant passage à du mucus ; l'exploration de cette fistule, faite avec le stylet, permet de sentir un calcul enclavé : à cinq reprises différentes, aidé de l'anesthésie chloroformique, M. Potocki tente d'extraire le calcul, mais il n'y parvient pas. Mme B..., découragée par ces tentatives infructueuses, quitte l'hôpital et regagne son domicile. Pendant 8 mois, elle conserve une fistule qui, dit-elle, avait bien les dimensions d'un tuyau de pipe : par cette fistule s'écoule continuellement un liquide clair, filant, semblable à du blanc d'œuf. Pour protéger ses vêtements, elle porte un pansement fait de gaze salolée et de ouate, pansement qu'elle renouvelle chaque jour.

De temps en temps, surtout au moment des règles, elle ressent des picotements au niveau de la fistule, et une sensation de tension, de poids à l'hypochondre. L'appétit est bon, les

digestions se font normalement mais le moral de la malade est déplorable; elle est préoccupée de son infirmité, y pense continuellement, se décourage, perd toute initiative, devient mélancolique et a des idées de suicide. Bien que la fistule ait un calibre plus étroit, l'écoulement persiste. Aussi Mme B... se décide-t-elle à entrer dans le service de M. le docteur Schwartz, le 26 mars 1901, ayant la dite fistule depuis dix mois.

En ce moment, la fistule a des dimensions minimales, admettant à peine le stylet; elle siège dans l'hypochondre droit, un peu au-dessous du rebord costal; un stylet introduit dans le trajet, est bientôt arrêté; il bute contre un corps dur et le choc est perçu très nettement. Lorsque l'on retire le stylet, il s'échappe de la fistule quelques centimètres cubes d'un *liquide clair*, véritable mucus vésiculaire. L'imperméabilité du canal cystique et la persistance de la fistule rendent légitimes une intervention. Mais auparavant, par mesure de prudence, on s'assure de la perméabilité du canal cholédoque à l'aide des procédés habituels: le foie n'est pas tuméfié ni douloureux à la pression; les urines sont normales et ne renferment pas de pigments biliaires; les selles ont leur coloration habituelle; il n'existe aucune teinte subictérique des téguments ou des muqueuses.

L'opération a lieu le 2 avril 1901, anesthésie au chloroforme; double incision curviligne circonscrivant la fistule qui traverse le muscle grand droit. On arrive sur le péritoine: il existe quelques adhérences épiploïques et hépatiques qu'on détruit avec prudence, car le tissu hépatique est friable et saigne un peu, ce qui nécessite l'application de plusieurs points de suture dans le parenchyme. M. Schwartz décortique la vésicule jusqu'à l'origine du canal cystique; ligature du col avec une soie et un catgut; ablation de la vésicule.

Suture des téguments en trois plans. Drainage.

La vésicule enlevée renfermait un gros calcul enclavé dans l'origine du canal cystique et obturant complètement ce conduit.

Après l'opération, injection d'un demi-litre de sérum artificiel.

Dans la journée du 2 avril, la malade a de fréquents vomissements dus probablement au chloroforme ; elle est un peu agitée, pousse des cris et se plaint d'une sensation de tension à l'hypochondre ; il n'y a pas d'ictère, les urines et les selles ne présentent rien de particulier. Puis, tous ces phénomènes disparaissent.

Suppression du drainage quarante-huit heures après l'opération.

La malade sort 16 jours après : la plaie est cicatrisée, les douleurs ont disparu, la gaieté est revenue. Cet état satisfaisant a persisté : nous avons revu la malade en octobre 1901 ; elle est enchantée du résultat obtenu.

CONCLUSIONS

I. Les fistules *muco-purulentes* de la vésicule biliaire exigent, pour se produire, la réunion de deux conditions essentielles :

1° L'adhérence et l'ouverture de la vésicule à la paroi abdominale.

2° L'oblitération complète du canal cystique.

II. L'ouverture de la vésicule à la paroi abdominale est d'ordre *chirurgical*, ou d'ordre *pathologique*,

La fistule *chirurgicale* succède à une ponction de la vésicule ou, plus souvent, à une cholécystostomie. Cette intervention est dirigée contre les tumeurs vésiculaires réalisées par l'hydropisie de la vésicule, la cholécystite catarrhale et la cholécystite purulente compliquées ou non de lithiase, la cholécystite scléreuse calculeuse.

La fistule *pathologique* est le résultat d'un phlegmon biliaire. Celui-ci reconnaît pour cause, dans la majorité des cas, la cholécystite calculeuse suppurée; quelquefois cependant on l'a vu succéder à la tuberculose de la vési-

cule et aussi au cancer de cet organe; dans ce dernier cas, il est vrai, il y a généralement coexistence de lithiase.

III. L'oblitération du canal cystique se trouve réalisée par diverses lésions dont deux surtout sont importantes: la présence d'un *calcul enclavé* dans le cystique et la *sclérose* des parois de ce conduit.

IV. La fistule, une fois constituée, se manifeste par des signes physiques et des signes fonctionnels.

Les *signes physiques* sont: 1) l'existence d'un orifice fistuleux siégeant dans l'hypochondre droit, le plus souvent, à une distance variable du rebord costal, ou à la région ombilicale.

2) L'issue, par cet orifice, d'un liquide d'aspect varié, mucus, muco-pus, pus, mélangé ou non de calculs biliaires, mais, caractère essentiel, *ne renfermant aucun des éléments de la bile*. L'écoulement est continu, on intermittent, parfois assez abondant pour obliger le malade à se garnir.

Les *signes fonctionnels* font défaut dans un certain nombre de cas: le malade se plaint uniquement de la persistance des sécrétions qui s'écoulent hors de la fistule. En d'autres circonstances, les troubles fonctionnels sont assez intenses pour obliger le malade à consulter le chirurgien. Ces troubles sont:

- 1° Des phénomènes douloureux.
- 2° Des troubles gastro-intestinaux.
- 3° Des troubles psychiques.

1. Les *douleurs* siègent surtout à l'hypochondre droit: sensation de tension, tiraillements, élancements, picote-

ments; elles irradient vers l'épaule, la région lombaire, l'épigastre et la fosse iliaque; rarement continues, elles reviennent par crises et sont parfois assez violentes pour obliger le malade à garder le repos. Elles coïncident souvent avec l'expulsion d'un calcul engagé dans le trajet; elles sont dues alors à l'irritation produite par le cholé-lithe durant son passage à travers les parties molles et elles ressemblent aux douleurs de la colique hépatique. Dans d'autres cas, elles reconnaissent pour cause la présence d'adhérences pathologiques qui unissent la vésicule aux organes voisins et lui enlèvent toute mobilité.

2. *Les troubles gastro-intestinaux* consistent en nausées, vomissements, pesanteurs gastriques, coliques, inappétence, constipation; mais ce sont les vomissements dont se plaignent surtout les malades. Ces phénomènes, s'ils sont parfois d'origine réflexe, résultent souvent d'altérations matérielles, anatomiques, du tube digestif consécutives à la lithiase, telles que tractus, brides, adhérences tiraillant l'estomac, changeant son orientation, coudant l'intestin, comprimant le pylore ou le duodénum; les sténoses pyloriques d'origine biliaire sont bien connues actuellement.

3. *Quant aux troubles psychiques*, ils sont la conséquence des phénomènes précédents évoluant chez des sujets facilement impressionnables et se reproduisant avec persistance, malgré tous les traitements employés. L'infortuné malade, porteur d'une fistule muco-purulente, se préoccupe de cette infirmité, devient neurasthénique, se persuade que la guérison est impossible et

finit par avoir des idées de suicide ou des accès de mélancolie.

V. Abandonnées à elles-mêmes, les fistules muco-purulentes ont une évolution variable.

Dans un certain nombre de cas, elles guérissent spontanément ; après la sortie du corps étranger (calcul, fil de soie), les sécrétions se tarissent et la perte de substance se comble.

Dans d'autres cas, les fistules persistent pendant des semaines et des mois, et, avec elles, les divers troubles fonctionnels qu'elles occasionnent. C'est alors qu'il faut intervenir dans l'intérêt du malade.

VI. En présence d'une fistule persistante, il est bon d'avoir recours d'abord aux moyens de traitement simples qui se trouvent à la portée de tous, c'est-à-dire : exploration attentive et prudente de la fistule pour juger de sa direction, de sa profondeur, de son calibre, des calculs qu'elle contient ; dilatation de la fistule ; extraction des calculs ou des fils qui s'y trouvent enclavés ; injections modificatrices ; cautérisation et curettage des parois. Si ces moyens échouent, le chirurgien est en droit d'intervenir d'une façon plus efficace et de proposer une opération radicale. Au cas de fistule muco-purulente, la vésicule, par suite de l'oblitération du canal cystique, est complètement séparée de l'arbre biliaire ; elle ne remplit plus son rôle physiologique et ne constitue qu'une fistule borgne externe déversant en dehors ses produits de sécrétion. Le seul traitement rationnel est *l'ablation de la fistule, c'est-à-dire l'ablation de la vésicule elle-même ou cholécystectomie.*

VII. Auparavant, il est de toute nécessité de s'assurer du bon fonctionnement du foie, et de la perméabilité des voies biliaires ; l'oblitération du cholédoque est une contre-indication absolue à cette opération.

VIII. Le procédé de choix est la cholécystectomie idéale.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. LE DENTU

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRAL. — Clinique médicale, 1839.

ANDRÉ. — *Revue médicale de l'Est*, Nancy 1900, t. xxxii.

ANGER (Th.). — Fistules biliaires cutanées. *France médicale*, 16 avril 1879.

BARTH et BESNIER. — Fistules biliaires cutanées. *Dictionnaire des sciences médicales*, 1^{re} série, n° 9.

BAUDOUIN. — Les opérations nouvelles sur les voies biliaires, Paris, 1898.

BERLINE-HERING. — Contribution à l'étude de la lithiasé biliaire dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. *Thèse de Paris*, 1883.

BLAISE. — Contribution à la chirurgie des voies biliaires. *Thèse de Nancy*, 1893.

BOURGEOIS. — Des calculs biliaires; lésions et symptômes qu'ils déterminent. *Thèse de Paris*, 1858.

BROWN. — Chirurgie des voies biliaires. *British medical Journal*, 21 décembre 1890.

CADÉAC. — Contribution à l'étude de la cholécystite suppurée. *Thèse de Paris*, 1891.

CALOT. — Ablation de la vésicule biliaire. *Thèse de Paris*, 1891.

CASTEL. — Considération sur la pathogénie des fistules ombilicales. *Thèse de Paris*, 1884.

- CHAUDRON. — Des fistules biliaires externes. *Thèse de Paris*, 1878.
- CHARCOT. — Des fistules biliaires. *Progrès médical*, 1876.
- CHAUFFARD. — Angiocholites et cholécystites. *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, t. III.
- COURTOIS-SUFFIT. — Angiocholites et cholécystites. *Manuel de médecine*, t. VI. 1895.
- COURVOISIER. — Statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipzig, 1880.
- CRUYEILHIER. — Atlas d'anatomie pathologique, livre XII.
- CYR. — Rapports des coliques hépatiques avec la grossesse et l'accouchement, *Annales de gynécologie*, 1883.
- CZERNY. — In Heddaeus. Contribution à la pathologie et à la chirurgie des tumeurs des conduits biliaires. *Beiträge zur klin. Chir.*, 1894, t. XII, p. 2.
- In Petersen, *Beiträge zur klin. Chirurg.*, 1899, t. XXIII.
- CZERNY-NERMANN. — Chirurgie des voies biliaires. *Beiträge zur klin. Chir.* 1895.
- DEHARGUES, — Des cholélithes. *Thèse de Paris*, 1860.
- DELBEC. — Des lésions de la vésicule biliaire dans la lithiase. *Thèse de Paris*, 1892.
- DENUCÉ. — Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1888.
- DESCHAMPS. — La péritonite péri-hépatique enkystée. *Thèse de Paris*, 1886.
- DIANCOURT. — Cholécystites perforantes. *Thèse de Paris*, 1900.
- DOMINICI. — Des angiocholites et cholécystites suppurées. *Thèse de Paris*, 1894.
- DOYEN. — De quelques opérations sur le foie et les voies biliaires. *Archives provinciales de chirurgie*. 1893.
- DREYFUS-BRISAC. — Des relations de la lithiase biliaire avec la grossesse et l'accouchement. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1883, n° 50.
- DUPRÉ. — Les infections biliaires. *Thèse de Paris*, 1891.
- DUPRÉ. — Lithiase biliaire. *Manuel de médecine*, tome VI, 1895.

DURAND-FARDEL. Traité clinique et pratique des maladies des vieillards, 1854.

FAUCONNEAU-DUFRESNE. — Traité de l'affection calculeuse du foie et du pancréas. Paris, 1851.

FAURE. — Maladies du foie. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, tome VIII, 1899.

FOURNIER. — Origine microbienne de la lithiasé biliaire, *Thèse de Paris*, 1896.

FRERICHS. — Traité des maladies du foie. 1866.

GILBERT et DOMINICI. — Angiocholécystite à bacille d'Eberth. *Société de Biologie*, 1893.

GILBERT et FOURNIER. — Maladies du foie. *Traité de médecine Brouardel-Gilbert*, tome v.

GILBERT et GIRODE. — Cholécystite à bacille d'Eberth. *Société de Biologie*, 27 décembre 1890.

— Cholécystite purulente à bacille d'Eberth. *Société de Biologie*, 1892.

GUILLEMAIN. — Chirurgie des voies biliaires. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1891. n° 91.

GUILLEMIN. — Etude clinique sur la cholécystite calculeuse. *Thèse de Paris*, 1899.

HAGENMÜLLER. — La cholécystite dans la fièvre typhoïde. *Thèse de Paris*, 1876.

HARTMANN. — Quelques points d'anatomie et de chirurgie des voies biliaires. *Société anatomique*, 1891.

HAUTEVILLE. — Des tumeurs formées par la vésicule biliaire. *Thèse de Paris*, 1873.

HEDDÉUS. — Pathologie et chirurgie des tumeurs de la vésicule biliaire. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1895, tome XII.

HUGUIER. — *Gazette des Hôpitaux*, 8 octobre 1846.

JACOMET. — Cholécystotomie idéale avec ou sans cholécystectomie partielle. *Thèse de Paris*, 1901.

JEANNEL. — Traitement chirurgical de la lithiasé biliaire. *Archives provinciales de chirurgie*, 1896.

JIROU-NAJOU. — De la lithiasé biliaire, *Thèse de Paris*, 1874.

- KEHR, EILERS et LÜCKE. — *Archiv. f. Klin. Chirurgie*. Berlin, 1899, t. LVIII, p. 470.
- KESTNER. — Contribution à l'étude de la chirurgie des voies biliaires. *Gazette de Strasbourg*, 1887.
- KÆBERLÉ. — Indications et manuel opératoire de la cholécystectomie. *Société de médecine de Strasbourg*, 1^{er} mars 1888.
- KÆRTE. — Zur Chirurgie der Gallenwege. *Berliner Klinische Wochens*, 1889.
- LABADIE-LAGRAVE. — Traité des maladies du foie. Paris, 1892, tome VI.
- LANCEREAUX. — Traité des maladies du foie et du pancréas. Paris, 1899.
- LANGENBUCH. — Neu Beitræge bei Chirurgie der Gallenwege. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1886.
- LAWSON TAIT. — The Surgery of the liver. *Edimburgh medical journal*, octobre 1889.
- The Surgical treatment of gall stones. *Lancet*, 1885.
- LEGUELINEL DE LIGNEROLLES. — Des fistules hépatiques ombilicales. *Thèse de Paris*, 1869.
- LEJARS. — La cholécystostomie et la cholécystectomie. *Revue de chirurgie*, 1896.
- LELIONNAIS. — Quelques considérations sur les difficultés du diagnostic des tumeurs de l'hypochondre droit formées par la vésicule biliaire, *Thèse de Paris*, 1896.
- LÉTIENNE. — De la bile à l'état pathologique. *Thèse de Paris*, 1891.
- LONGUET. — Traitement de l'angiocholite non calculeuse. *Thèse de Paris*, 1896.
- LOUIS. — Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre typhoïde. Paris, 1841.
- MAGNIN. — De quelques accidents de la lithiase biliaire. *Thèse de Paris*, 1869.
- MANDARD. — Des calculs biliaires. *Thèse de Paris*, 1854.

- MARCHAIS. — Des rétrécissements du pylore d'origine gastrique. *Thèse de Paris*, 1898.
- MATLAKOWSKI. — Kilka myśli w. przedmioçe chirurgii drog zoleciowych, *Gazeta Lekarska Warszawa*, 1891.
- MAYO-ROBSON. — A series of fourteen cases of Cholecystotomie. In *Transactions of the Clinical Society of London*, 1890.
- MICHAUX. — Communication au congrès français de chirurgie. 1889.
- MICHAUX. — Traitement des fistules biliaires par la cholécystectomie ou extirpation de la vésicule biliaire. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 10 juin 1890, n° 23.
- MIGNOT. — Recherches expérimentales et anatomiques sur les cholécystites. *Thèse de Paris*, 1896.
- MONOD. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 20 mai 1896.
- MORESTIN. — *Bulletin de la Société Anatomique*, avril 1900.
- MORIN. — Contribution à l'étude de l'hydropisie de la vésicule biliaire. *Thèse de Paris*, 1888.
- MOSSÉ. — Accidents de la lithiase biliaire. *Thèse d'agrégation de Paris*, 1880.
- MULEUR. — Essai historique sur l'affection calculieuse du foie. *Thèse de Paris*, 1884.
- MURCHISON. — Leçons cliniques sur les maladies du foie (traduction de Cyr). Paris, 1878.
- NASSILOW. — Contribution à la chirurgie des voies biliaires. *Vratch*, avril 1890.
- DE PAGE. — De l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. Bruxelles, 1889.
- PANTALONI. — Chirurgie du foie et des voies biliaires. 1899.
- PAUCHET. — Indications opératoires sur les affections des voies biliaires. *Revue internat. de médecine et de chirurgie*, Paris, 1900.
- PAUCHET. — Chirurgie des voies biliaires, Paris (Baillière), 1900.
- PAULY. — Des calculs biliaires, altérations et symptômes qu'ils produisent. *Thèse de Paris*, 1859.

- PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. Paris, 1880.
- PÉAN. — Des opérations applicables au traitement de la vésicule biliaire. *Gazette des Hôpitaux*, 16 avril 1892.
- POIRIER. — Anatomie.
- PETIT (J.-L.). — Sur les tumeurs formées par la vésicule biliaire. *Mémoire de l'Académie royale de Chirurgie*. 1743.
- ROCHET. — Des opérations qui se pratiquent sur la vésicule biliaire et de leurs indications. *Prov. méd.*, nov. 1890.
- RODET. — Traité des maladies du foie, de Harley. 1890.
- RODET. — Mémoire sur la chirurgie des voies biliaires. *Bulletin médical du Nord*, 1890.
- ROTH. — Zur Chirurgie der Gallenwege. *Archiv. für klinische Chirurgie von Langenbuk*, 1885.
- ROUAULT. — Des calculs biliaires en général ; de leur traitement en particulier. *Thèse de Paris*, 1865.
- ROUX. — *Rev. méd. de la Suisse Rom.*, 1890.
- SAINTON. — Chirurgie de la vésicule. *Gazette des Hôpitaux* 24 janvier 1891.
- SCHWARTZ. — Chirurgie du foie. Paris, 1901.
- SCHWARTZ. — Communication au congrès français de chirurgie, 1901.
- SEGOND. — Maladies du foie. *Traité de Chirurgie*, tome vi, 1898.
- SENDER. — Chirurgie des voies biliaires. *Deutsch. Zeitschrift f. Chirurgie*, 1895, p. 405.
- SOREL. — Indications de la chirurgie des voies biliaires. *Revue médicale de Normandie*, Rouen, 1900.
- SOUVILLE. — Cholécystite scléreuse d'origine calculuse et péricholécystite. *Thèse de Paris*, 1895.
- TERRIER. — Opération de la cholécystectomie. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 30 sept. 1890, n° 39.
- TERRIER. — Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires. Congrès français de chirurgie (sixième session) 1892.

- TERRIER, TERRILLON, LEONTÉ, MICHAUX, RICHELOT, BÖCKEL, DURET, DELAGÉNIÈRE. — Discussion sur les opérations chirurgicales sur les voies biliaires. Congrès français de chirurgie (6^e session), 1892.
- TERRIER et AUVRAY. — Chirurgie du foie et des voies biliaires. Paris, 1901.
- TESTUT. — Anatomie.
- THIRIAR. — De l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. Congrès français de chirurgie, 1886.
- THOUVENIN. — De quelques accidents de la lithiase biliaire. *Thèse de Paris*, 1874.
- TRILLE. — Fistule cutanée d'origine biliaire. *Thèse de Lyon*, 1899.
- ULMANN. — Contribution à la chirurgie des voies biliaires. *Wiener med. Woch.* décembre 1897.
- VAUTRIN. — *Revue de Chirurgie*, 1896.
- VIAULT et JOLYET. — Traité de physiologie humaine.
- VIPLE. — Un cas de fistule biliaire externe. *Thèse de Paris*, 1876.
- ZAGORSKI. — Etude sur la chirurgie des voies biliaires. *Pzegląd lekarski*, nos 45-50.
- ZAGORSKI. — In *Virchow Hirsch's Jahresbericht*, 1887.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
